



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**L'évaluation des pratiques professionnelles
dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé**

Juin 2005

**Direction de l'accréditation
et de l'évaluation des pratiques**

Introduction

Les soins délivrés aux patients hospitalisés reposent sur une organisation complexe comportant de nombreux processus* et 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.

L'EPP peut être définie comme la conduite d'une action explicite d'amélioration par rapport à une pratique cible définie au regard des données de la littérature. Cette action doit être menée selon une méthodologie rigoureuse et les résultats doivent être mesurés.

Afin de renforcer la dimension médicale de la démarche d'accréditation, 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.

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

La HAS a conçu ce guide à partir de son expérience, des résultats de la première accréditation et des expériences internationales. Ce guide s'adresse aux établissements s'engageant dans l'accréditation version 2 et aux experts-visiteurs.

Le chapitre 1 définit l'EPP, présente le contexte de sa mise en œuvre et les concepts sous-jacents.

Le chapitre 2 présente les principales méthodes disponibles.

Le chapitre 3 expose les modalités de l'EPP prévues dans le manuel de la deuxième procédure d'accréditation.

Le chapitre 4 explique les modalités concrètes de prise en compte des exigences d'EPP au cours des différentes étapes de la procédure d'accréditation.

Ce guide est évolutif et s'enrichira des expériences produites dans les établissements de santé.

Sommaire

INTRODUCTION	2
SOMMAIRE	3
CHAPITRE 1 – LES DÉMARCHES D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES..	4
I. Définition et objectifs	4
II. Concepts sous-jacents	5
III. Développement de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le système de santé	7
IV. L'EPP dans l'accréditation des établissements de santé	8
CHAPITRE 2 – LES APPROCHES ET LES MÉTHODES	9
I. Approche par comparaison à un référentiel	11
II. Approche par processus	15
III. Approche par problème	20
IV. Méthodes d'analyse des causes d'un événement indésirable	21
V. Approche par indicateurs	23
VI. Autre approche : la recherche évaluative	25
CHAPITRE 3 – L'EPP DANS LE MANUEL D'ACCREDITATION	26
I. La politique institutionnelle d'évaluation des pratiques professionnelles	26
II. Les activités transversales concernant la qualité et la maîtrise de l'environnement	26
III. L'évaluation du parcours du patient par type de prise en charge	27
IV. Les activités spécifiques d'évaluation des pratiques professionnelles (références du chapitre 4)	28
CHAPITRE 4 – LA VISITE ET LE RAPPORT D'ACCREDITATION	45
I. La préparation de la visite et l'auto-évaluation	45
II. La visite d'accréditation	46
III. Le rapport d'accréditation et l'EPP	47
GLOSSAIRE	48
REMERCIEMENTS	50
BIBLIOGRAPHIE	53

Chapitre 1 – Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles

I. Définition et objectifs

L'objectif de l'évaluation des pratiques professionnelles est l'amélioration de la qualité des soins*.

La qualité des soins est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme la garantie « que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures*, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Garantir la qualité des soins est donc un objectif ambitieux. La complexité des processus de soins, la diversité de l'offre de soins, la variabilité des pratiques constatée, la mise à jour continuelle des connaissances et l'amélioration des technologies médicales, la nécessité de maîtriser les risques* des pratiques et enfin la dimension économique des soins permettent de comprendre pourquoi l'atteinte de cet objectif rend indispensable une démarche structurée d'évaluation et d'amélioration.

L'évaluation des pratiques professionnelles est définie comme l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives.

Il ressort de cette définition que :

- l'évaluation n'est pas une fin en soi, et le constat d'écart entre la pratique réelle et la bonne pratique doit conduire à la mise en œuvre d'actions d'amélioration ;
- l'appellation « évaluation des pratiques professionnelles » recouvre l'ensemble des démarches d'amélioration des activités de soins.

II. Concepts sous-jacents

a) Les concepts de l'évaluation en santé

► Les recommandations professionnelles

Les progrès rapides des connaissances médicales et la croissance du nombre des publications justifient de synthétiser de manière critique les informations disponibles. Ces synthèses permettent d'élaborer des recommandations destinées aux différentes catégories de professionnels de santé.

Les recommandations professionnelles ou recommandations de bonne pratique sont définies comme des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Ces recommandations professionnelles sont établies à partir des preuves scientifiques publiées et des opinions d'experts. Elles sont établies en collaboration avec des professions de santé médicales et non médicales.

Plusieurs méthodes sont utilisées pour établir les recommandations professionnelles parmi lesquelles :

- les conférences de consensus ;
- les consensus formalisés d'experts ;
- les recommandations pour la pratique clinique (RPC) ;
- les recommandations professionnelles non médicales.

Au plan de l'efficacité, des études ont montré que l'utilisation des recommandations de pratiques améliore le service médical rendu au patient (Renders, 2004).

Néanmoins, différents travaux montrent la difficulté à obtenir cette utilisation (Anaes, 2000). La recherche d'efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations est donc déterminante.

► L'évaluation de la qualité des soins

On distingue l'évaluation par des méthodes implicites et l'évaluation par des méthodes explicites.

L'évaluation par des méthodes implicites utilise des méthodes de type revue de dossier par des pairs. Elle repose sur le jugement clinique du ou des évaluateurs. Les critères de jugement ne sont pas formulés explicitement.

L'évaluation par des méthodes explicites utilise des méthodes de type audit clinique*. Elle consiste à définir des critères de qualité* sur une pratique donnée, réalistes pour le contexte dans lequel on se trouve, puis de mesurer les pratiques réelles et enfin de mettre en œuvre les actions visant à faire converger la pratique constatée vers les critères retenus (Giraud, 1992).

► **La médecine fondée sur les preuves**

La « médecine fondée sur les preuves » ou *Evidence Based Medicine* (EBM) se définit comme « l'intégration des meilleures données de la recherche, des préférences des patients et de la compétence clinique du soignant » (Haynes, 2003). Il s'agit d'un modèle de décision clinique.

Ce modèle repose sur quatre étapes successives :

- traduire les besoins d'information issus de l'activité clinique en questions structurées ;
- rechercher méthodiquement dans la littérature les meilleures preuves permettant d'y répondre ;
- évaluer la validité et l'utilité de ces données de la littérature ;
- mettre en œuvre les bonnes pratiques sélectionnées puis évaluer la performance ultérieure.

Cette démarche rigoureuse est cependant difficilement applicable au quotidien de manière systématique. Elle est généralement utilisée soit dans des situations complexes, soit en raison d'un problème particulier soit sur une sélection de patients dans un but pédagogique.

Le champ d'application de l'EBM inclut tous les acteurs du monde de la santé : paramédicaux, auteurs et promoteurs des recommandations de bonnes pratiques*, autorités de tutelle, gestionnaires et financeurs du système, enseignants universitaires etc. C'est pourquoi la dénomination d'*Evidence Based Health Care* (EBHC) est quelquefois utilisée.

b) **Les concepts nés hors de la santé puis introduits en santé**

Des démarches d'amélioration issues d'autres mouvements se sont également progressivement développées en santé : l'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques.

► **L'amélioration continue de la qualité***

L'amélioration continue de la qualité se fonde sur l'analyse et l'amélioration systématique des processus* et l'élimination des dysfonctionnements. La démarche est pragmatique agissant par priorités.

Ce concept est issu de l'expérience industrielle de management de la qualité. Il a été introduit en santé dans le courant des années quatre-vingt. Des projets démonstratifs, initiés par D. BERWICK en 1987 (Berwick, 1991), ont montré l'efficacité de cette approche en santé.

Cette approche a été utilisée en France, sous l'impulsion de l'ANDEM et de la Direction des hôpitaux en 1995 et 1996 sous l'appellation « programmes d'amélioration de la qualité » (PAQ) (ANDEM, 1996).

► **La gestion des risques**

La gestion des risques a également été développée initialement dans le domaine industriel, notamment dans les industries à haut risque technologique (aviation civile, nucléaire, chimie) ; elle a été introduite en santé dès les années quatre-vingt, notamment aux États-Unis sous la pression de la judiciarisation de la médecine. Elle

fait l'objet actuellement d'un regain d'intérêt en raison des différentes publications internationales ayant souligné l'importance de la iatrogenèse et des conséquences des erreurs dans le système de santé pour les patients.

Les concepts de recommandations professionnelles, d'évaluation de la qualité des soins, de médecine fondée sur les preuves, d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques se complètent. Une démarche globale de gestion de la qualité et des risques visant à atteindre l'objectif de qualité des soins utilise les acquis de ces différentes démarches. Par exemple, une démarche d'amélioration de la prise en charge de l'infarctus du myocarde, va utiliser les recommandations professionnelles ou la démarche de médecine fondée sur les preuves pour évaluer la stratégie diagnostique et thérapeutique employée, les apports des méthodes et outils de l'amélioration continue pour maîtriser les aspects organisationnels de la prise en charge (exemple : maîtrise des délais permettant la réalisation d'une thrombolyse lorsqu'elle est indiquée) et les apports de la gestion des risques pour réduire les risques des techniques employées par prévention des événements indésirables* et protection du patient.

III. Développement de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le système de santé

En raison de l'importance des enjeux de qualité des soins, le législateur a souhaité promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles quel que soit le secteur de production de soins ou les modalités d'exercice.

Ainsi, outre la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles inscrite dans la deuxième procédure d'accréditation des établissements de santé et objet du présent document, plusieurs démarches sont prévues par les textes législatifs qui régissent notre système de santé :

► **L'obligation de formation médicale continue (FMC)**

L'obligation de formation médicale continue (FMC) est prévue par la loi de santé publique du 9 août 2004 et le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005. Une forme recommandée en est la participation à des actions d'évaluation. Un avis de la HAS sur les procédures proposées par les organismes de formation est prévu.

► **L'obligation individuelle d'EPP pour les médecins**

L'obligation pour tous les médecins de participer à une EPP est prévue par la loi du 13 août 2004 ; l'organisation de cette mission est confiée à la HAS.

► **L'accréditation des médecins et équipes médicales***

La possibilité pour les médecins ou les équipes médicales de s'engager dans la procédure d'accréditation est prévue à l'article L. 4135-1 de la loi du 13 août 2004. Ce mécanisme d'accréditation correspond à l'engagement des médecins dans un dispositif de gestion des risques. La mise en œuvre de cette accréditation est également confiée à la HAS.

Plusieurs formes d'évaluation des pratiques professionnelles peuvent ainsi concerner les mêmes professionnels de santé. Ces différentes modalités sont donc à articuler entre elles pour en assurer la complémentarité.

IV. L'EPP dans l'accréditation des établissements de santé

L'accréditation des établissements de santé a été introduite en France par l'ordonnance du 24 avril 1996. La première procédure d'accréditation établie en 1999 permet de développer la démarche qualité dans les établissements, en portant principalement sur les démarches transversales conduites au niveau de l'établissement. Plusieurs thèmes ayant trait à la qualité des soins font l'objet de cette première procédure : droits, information, dossier et prise en charge du patient, management, fonctions supports, vigilances sanitaires et lutte contre l'infection nosocomiale.

La mise en place de la démarche d'évaluation des pratiques a été proposée par la première procédure d'accréditation, mais n'a pas conduit à un développement significatif des projets sur les champs médicaux.

La deuxième procédure d'accréditation, effective à compter de 2005, vise à renforcer l'évaluation du service médical rendu au patient. Pour atteindre cet objectif, elle s'attache à étudier plus en détail le parcours du patient dans l'établissement et les actions mises en œuvre par les différents secteurs et professionnels pour assurer la qualité de la prise en charge. Parmi ces actions, les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles ont un rôle primordial et deviennent une exigence de la seconde procédure d'accréditation.

Les dispositions du manuel d'accréditation visant le renforcement de l'évaluation du service médical rendu et l'évaluation des pratiques professionnelles sont présentées dans le chapitre 3.

Chapitre 2 – Les approches et les méthodes

L'objectif de l'évaluation des pratiques professionnelles est l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Cet objectif d'amélioration de la qualité des soins recouvre plusieurs situations ; l'établissement de santé ou l'équipe de soins peut, par exemple, être confronté à un dysfonctionnement qu'il souhaite résoudre, ou vouloir évaluer une pratique par rapport à une pratique de référence, ou encore souhaiter optimiser la prise en charge d'une pathologie. Le choix de la méthode sera différent selon la situation.

Pour mettre en œuvre une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, il est essentiel d'identifier l'objectif de la démarche et le type de situation auquel on est confronté. Une fois l'objectif clarifié, le choix de la méthode la plus adaptée contribue à la réussite du projet.

Le tableau suivant présente pour chaque objectif l'approche à privilégier et les méthodes correspondantes.

▫ OBJECTIFS	▫ APPROCHES	▫ MÉTHODES UTILISABLES
▫ Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	▫ Approche par comparaison à un référentiel	▫ Audit clinique ▫ Audit clinique ciblé ▫ Revue de pertinence ▫ Enquête de pratique
▫ Optimiser ou améliorer une prise en charge ou un processus donné ▫ Maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité	▫ Approche par processus	▫ Analyse de processus ▫ Chemin clinique ▫ AMDEC ¹
▫ Traiter un dysfonctionnement ▫ Analyser et traiter des événements indésirables	▫ Approche par problème	▫ Méthode de résolution de problème ▫ Analyse des processus ▫ Revue de mortalité-morbidité ▫ Méthodes d'analyse des causes
▫ Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat	▫ Approche par indicateur	▫ Mise en place et analyse d'indicateurs ▫ Maîtrise statistique des processus
▫ Implanter une démarche d'évaluation et mesurer son efficacité	▫ Recherche évaluative	▫ Méthodes spécifiques

L'identification du type d'approche permet d'orienter le choix de la méthode pour initier le projet d'amélioration de la qualité. Le développement du projet peut néanmoins conduire à rencontrer de nouvelles situations et à utiliser d'autres

¹ AMDEC : analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité.

méthodes. Par exemple, dans un projet visant à optimiser l'activité de transfusion, l'établissement peut choisir une approche par processus grâce à laquelle il conduit l'ensemble du projet ; si sur une étape du projet, il souhaite faire le point des pratiques de la détermination du groupe sanguin et du contrôle ultime prétransfusionnel, il peut utiliser une approche par comparaison à un référentiel* et réaliser un audit clinique.

Au fil des projets, les établissements et les équipes acquerront un savoir-faire relatif aux méthodes qu'ils utilisent. Cette compétence méthodologique est à développer au sein des établissements de santé.

Les différentes méthodes d'évaluation et d'amélioration de la qualité ont de nombreux points communs.

Les méthodes reposent toutes sur le principe d'amélioration avec des étapes de même nature :

- choix du sujet correspondant à un enjeu d'amélioration ;
- analyse du processus et des pratiques de soins ;
- identification et prise en compte des recommandations de pratiques pertinentes ;
- diagnostic de l'existant ;
- plan d'amélioration ;
- suivi avec mesure et maintien des résultats (indicateurs).

Ces étapes interviennent selon un ordre et des modalités variables en fonction des méthodes. Par exemple, la prise en compte des recommandations s'effectue dans l'audit lors de la préparation du référentiel d'évaluation alors que dans une approche processus, la description du processus précède sa confrontation aux recommandations.

La bonne connaissance d'une méthode permet d'appréhender les autres, et il suffit en règle générale de se former aux spécificités d'une nouvelle méthode pour pouvoir l'utiliser.

La suite de ce chapitre présente les approches principales qui recouvrent la majorité des situations :

- approche par comparaison à un référentiel ;
- approche par processus ;
- approche par problèmes ;
- approche par indicateurs ;
- recherche évaluative.

I. Approche par comparaison à un référentiel

L'objectif est de comparer la pratique réelle à un référentiel, celui-ci étant établi à partir de recommandations professionnelles, de consensus professionnels ou de la réglementation. Il représente la pratique idéale au regard de l'état de la science et/ou de la réglementation.

Ces méthodes utilisent un référentiel existant ou nécessitent la construction d'un référentiel.

Lorsque le référentiel n'existe pas, son élaboration doit obéir à certaines règles. Le référentiel doit être cohérent avec l'objectif poursuivi. Il doit être élaboré par un groupe de travail composé de professionnels représentatifs de ceux qui auront à évaluer leur propre pratique et prendra en compte les données existantes de la littérature.

Lorsqu'un référentiel existe, il est nécessaire que les professionnels se l'approprient pour pouvoir l'utiliser comme outil d'amélioration. L'appropriation ne signifie pas nécessairement modification ; il peut s'agir d'une période de test afin de mesurer sa pertinence locale. Les modifications des référentiels existants se feront avec beaucoup de rigueur en mentionnant les références bibliographiques utilisées.

I.1 Audit clinique

La méthode la plus utilisée, parmi les méthodes par comparaison dans le domaine de la santé, est l'audit clinique.

Cette méthode est centrée sur les pratiques de soins. Elle permet d'évaluer les pratiques professionnelles et les pratiques organisationnelles concourant à une prise en charge. Son champ est variable allant de la pratique d'un acte à la prise en charge complète d'une pathologie. Le référentiel, ou grille de critères, est renseigné une seule fois lorsqu'il s'agit de critères ayant trait à l'organisation, et pour chaque patient sélectionné lorsqu'il s'agit d'actes ayant trait à la prise en charge individuelle. Pour chaque évaluation, la totalité des critères doit être renseignée.

La méthode permet d'évaluer et d'améliorer pour un service, un groupe de services ou un établissement, la manière :

- dont on prend en charge une pathologie ; par exemple évaluation de la prise en charge chirurgicale des lésions mammaires ;
- dont on réalise un acte de soin, par exemple, évaluation de la qualité de la pose des sondes urinaires ;
- dont on trace la prise en charge des patients ; par exemple évaluation de la tenue du dossier du patient ;
- dont on gère des situations données, par exemple, la préparation de la sortie du patient.

Ces évaluations ont pour objectif de définir les points qui sont conformes aux critères de bonne pratique et d'identifier les besoins d'amélioration, afin de mettre en œuvre des actions d'amélioration correspondantes.

Exemple d'audit clinique : antibioprofylaxie en chirurgie propre appliquée à la prothèse totale de hanche

L'objectif de l'établissement est de connaître les pratiques de prescription et d'administration de l'antibioprofylaxie et d'obtenir un meilleur respect des bonnes pratiques.

L'établissement a construit une grille d'audit à partir des recommandations de la société française d'anesthésie réanimation (SFAR), précisant les conditions de réalisation de l'antibioprofylaxie (choix de la molécule et modalités d'administration).

Les résultats de l'évaluation faisaient apparaître :

- que les procédures d'antibioprofylaxie sont insuffisamment définies, mal connues par les professionnels du service, notamment par les nouveaux arrivants dans le service, et que l'information sur l'évolution de l'écologie bactérienne n'était pas disponible ;
- que le délai entre la première injection et la deuxième injection, lorsqu'elle est réalisée en postopératoire, est non conforme aux recommandations.

Les actions d'amélioration ont été :

- la révision des procédures ;
- des actions d'information vis-à-vis des prescripteurs, avec diffusion des recommandations de la SFAR sur l'antibioprofylaxie ;
- une information spécifique pour les nouveaux arrivants ;
- la mise en place d'un système de déclaration systématique des infections sur site opératoire au niveau du service.

Intérêt de la méthode :

- permet de mesurer et d'analyser une pratique professionnelle ;
- simple à appréhender ;
- permet une comparaison directe avec des recommandations de bonne pratique.

Limites de la méthode :

- peu adaptée pour l'analyse de l'organisation ;
- recours parfois nécessaire à des outils complémentaires pour conduire la phase d'amélioration.

Il existe une méthode d'audit clinique simplifiée, l'**audit clinique ciblé (ACC)**. Cette méthode permet à l'aide d'un nombre limité de critères, de conduire une démarche d'amélioration des pratiques dans des délais brefs (6 mois).

Chaque ACC intègre un ou plusieurs objectifs qualité déclinés en critères. Les critères d'évaluation sélectionnés s'appuient sur des recommandations majeures ou sur un fort consensus professionnel. Ils sont porteurs d'un potentiel d'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles.

L'audit clinique ciblé peut concerner les pratiques en analysant soit un segment du processus de prise en charge du patient (exemple : sortie du patient hospitalisé), soit un acte lié à un métier (exemple : pose d'un cathéter à chambre implantable ou d'une sonde urinaire), soit un thème transversal (exemple : l'information du patient) ou bien l'organisation et les ressources au niveau de l'institution.

La Haute Autorité de santé met en œuvre depuis septembre 2004, un programme d'ACC. Vingt-sept audits directement utilisables par les équipes ont été développés sur huit thèmes. Le projet est conduit dans 194 établissements sélectionnés après appel à candidature.

Pour en savoir plus :

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé :

L'audit clinique. ANDEM, 1994.

Réussir l'audit clinique et son plan d'amélioration. Anaes, 2003.

I.2 Revue de pertinence des soins*

La revue de pertinence des soins est une méthode qui évalue l'adéquation des soins aux besoins des patients, c'est-à-dire le caractère approprié des soins dispensés. Le champ de cette évaluation peut être une hospitalisation, une journée d'hospitalisation, un soin spécifique ou une séquence de soins.

La pertinence est évaluée par une méthode d'audit à partir d'une grille de critères spécifique. Ces critères permettent de porter un jugement sur le caractère justifié ou non de la séquence de soins étudiée. La particularité de cet audit est que l'évaluation pour chaque patient s'arrête dès que la séquence de soins est considérée pertinente ; l'analyse ne se poursuit que si elle ne l'est pas.

La méthode de revue de pertinence des soins a été appliquée prioritairement à l'évaluation des admissions et des journées d'hospitalisation. Des grilles d'évaluation de la pertinence des admissions non programmées, et des journées d'hospitalisation utilisables pour les adultes ont été validées et testées en France.

D'autres grilles spécifiques, pédiatriques, psychiatriques ou concernant certains examens (par exemple l'artériographie des carotides) ont été élaborées par des équipes étrangères.

Des grilles d'évaluation de la pertinence sur des thèmes spécifiques peuvent être développées par les professionnels. Il s'agit d'élaborer des critères permettant de mesurer la pertinence de la réalisation de tel examen ou de telle prescription, par exemple dans quels cas est-il adapté de prescrire tel antibiotique ou de recourir à un examen complémentaire donné.

Exemple de revue de pertinence des soins appliquée aux journées d'hospitalisation

Une étude utilisant la grille de mesure de pertinence des journées d'hospitalisation a été menée dans l'ensemble des services d'un CHU en 2001. L'objectif était d'évaluer le nombre de journées d'hospitalisation inappropriées dans tout l'établissement, d'en analyser les causes et de permettre à chaque service, en fonction des résultats, d'améliorer son organisation. Au total, 2 180 journées ont été analysées. Le taux moyen de journées inappropriées dans les services de médecine était de 10,9 % et en chirurgie de 7 %. Les causes des journées inappropriées étaient : l'attente d'une place dans un service de soins de suite (68 %), une sortie mal planifiée (10,4 %), un problème d'indécision lié au patient ou à sa famille (10 %), un problème lié à une absence de décision médicale (6,5 %).

L'analyse a également montré que, sur les 68 % de journées inappropriées liées à l'attente d'une place en soins de suite, près de 27 % peuvent faire l'objet d'actions d'amélioration internes à l'établissement. Ainsi, près de la moitié des journées d'hospitalisation inappropriées relèvent de causes maîtrisables par l'établissement.

Les actions d'amélioration ont porté principalement sur l'information et la sensibilisation des professionnels à la préparation précoce de la sortie.

Les cadres de santé et les assistantes sociales ont été mobilisés pour repérer dès leur entrée dans l'établissement, les patients pour lesquels il fallait envisager avec les médecins les suites d'hospitalisation, afin d'effectuer les demandes de soins de suite le plus tôt possible en cours d'hospitalisation.

Intérêt de la méthode :

- améliorer l'utilisation des ressources et augmenter l'efficience* des soins ;
- repérer les déficits internes (organisationnels ou structuraux) de l'établissement ;
- repérer les déficits externes à l'établissement, manque de disponibilité des structures d'aval, etc. ;
- comparer dans le temps le taux de pertinence de la séquence de soins dans la structure.

Limites de la méthode :

- nécessité d'adapter les grilles de critères existantes à certaines spécialités ;
- pas d'action directe sur les déficits structurels hors de l'établissement.

Exemple d'outil informatisé d'évaluation de la pertinence

Le groupe européen EPAGE a élaboré des critères permettant de calculer un score de pertinence des coloscopies. Ces critères sont introduits dans une application informatique accessible par Internet (www.epage.ch).

Pour chaque coloscopie, un questionnaire est administré par le logiciel puis un score de pertinence de la coloscopie est calculé. Ce score varie de 1 à 9. De 7 à 9, la coloscopie est appropriée, de 1 à 3, elle est inappropriée. De 4 à 6, l'indication est considérée comme incertaine. Cet outil permet aux équipes intéressées de réaliser aisément une évaluation des pratiques sur la coloscopie. Plusieurs équipes ont utilisé cet outil et publié leur étude (Kmieciak le Corguillé, 2003) (Letonturier, 2004).

Pour en savoir plus :

Revue de pertinence des soins – Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. Anaes, à paraître.

I.3 Enquêtes de pratique

Les enquêtes de pratique ont pour but de décrire la pratique des professionnels de santé dans une situation clinique donnée et de la comparer à une pratique attendue. Elles permettent ainsi d'identifier des écarts sans que soit nécessaire la réalisation d'un audit généralement plus consommateur de ressources. Ces enquêtes, étant déclaratives, ne peuvent néanmoins pas attester de la conformité à la pratique attendue contrairement à l'audit.

Ce type d'approche permet de :

- faire l'état des lieux des pratiques ;
- recueillir l'opinion des professionnels et les sensibiliser ;
- comparer des situations similaires ;
- confronter une pratique idéale à la situation du quotidien.

Ces enquêtes, le plus souvent transversales, décrivent la pratique à un moment donné ; elles peuvent être réalisées soit de manière rétrospective, soit de manière prospective.

Pour répondre à l'objectif d'évaluation des pratiques, des actions d'amélioration des pratiques doivent compléter l'enquête de pratique, chargée de mission auprès de la direction des bonnes pratiques et prise en charge.

Intérêt de la méthode :

- connaissance d'une pratique sur une base déclarative ;
- ressources nécessaires à l'enquête limitées ;
- permet une sensibilisation des professionnels.

Limites de la méthode :

- écart possible entre la déclaration et la réalité.

Pour en savoir plus :

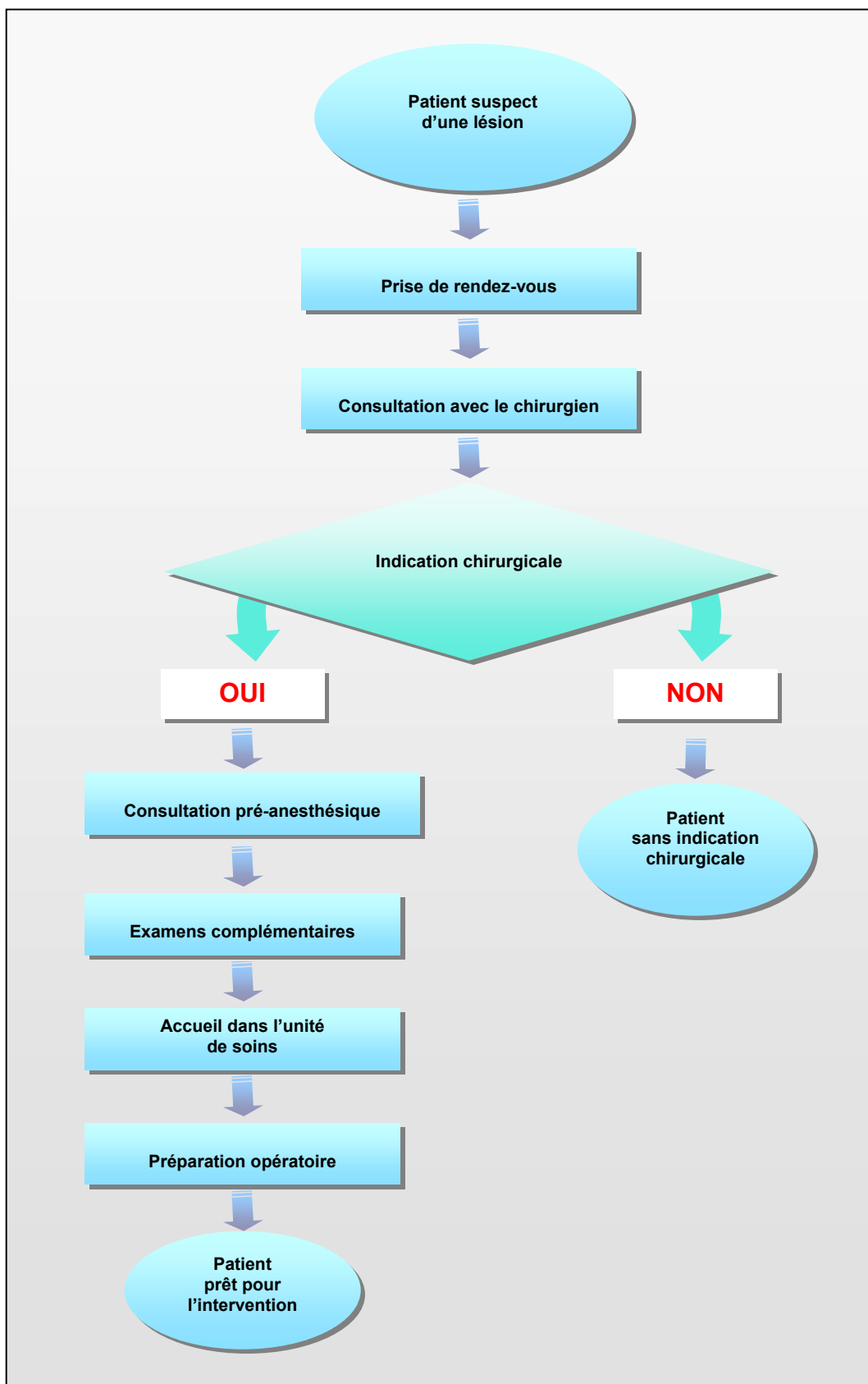
Matillon Y, Durieux P. L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. Paris : Masson ; 2000.

II. Approche par processus

L'approche par processus est au centre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Cette approche permet d'identifier et de comprendre les problèmes de qualité de manière directe. Cette approche permet de travailler sur des prises en charge en étudiant le circuit du patient ou sur des processus transversaux (transfusion sanguine, circuit du médicament). On peut ainsi étudier les pratiques qui concourent à cette prise en charge, qu'elles soient organisationnelles ou professionnelles. Le processus peut être segmenté en étapes qui constituent des sous-processus (exemple : admission du patient, prise en charge du patient au bloc opératoire).

Le processus est décrit par un logigramme (cf. schéma).

Exemple de logigramme d'un processus



Plusieurs méthodes sont fondées sur une approche par processus. Dans toutes ces méthodes, il s'agit dans un premier temps d'identifier le processus sur lequel il est nécessaire de travailler, de le décrire, d'identifier les points à améliorer, de construire un nouveau processus, de le mettre en œuvre et de mesurer les améliorations obtenues. La différence entre ces méthodes réside dans le découpage des étapes et les actions mises en place pour améliorer le processus.

II.1 Méthode d'analyse et d'amélioration d'un processus

Le processus est décrit dans son fonctionnement habituel par les professionnels concernés. Leur participation permet de valider la démarche et favorise son acceptation et est donc absolument nécessaire pour instaurer les changements. Les points forts, les points à améliorer et les dysfonctionnements sont mis en évidence. Dans cette approche, les références réglementaires et professionnelles sont utilisées dans un second temps, pour compléter l'analyse du processus et préparer les spécifications du processus cible.

La méthode d'analyse et d'amélioration d'un processus permet une analyse globale d'une activité et met en évidence les interfaces organisationnelles. Cette méthode permet de décrire l'ensemble des tâches et des activités qui concourent au déroulement du processus, de mettre en évidence les étapes critiques et de cibler les pratiques qui nécessitent une évaluation spécifique. Le processus est représenté sous forme graphique, ce qui permet de mettre en évidence les déficits de qualité au niveau de l'enchaînement des actions, et évite de focaliser sur les professionnels eux-mêmes.

Une méthode utilisant une approche processus a été développée par l'Anaes : la méthode des programmes d'amélioration de la qualité (PAQ) Anaes ; elle reprend tous les éléments décrits ci-dessus.

Exemple de programme d'amélioration de la qualité appliqué à la transfusion sanguine (Mounic, 1997)

Un établissement a conduit une démarche d'amélioration sur la transfusion sanguine par une approche processus selon la méthode PAQ-Anaes.

L'ensemble des processus transfusionnels a été décrit par un groupe de travail (prescription et commande de produits, réalisation des examens biologiques prétransfusionnels, approvisionnement, administration des produits, suivi des patients). En complément de l'analyse des processus, une enquête de pratique a été réalisée sur la prescription des concentrés de globules rouges (CGR) (évaluation des indications), la double détermination du groupe sanguin et la réalisation du contrôle ultime prétransfusionnel (CUPT).

Cette démarche a permis d'aboutir à un diagnostic de situation avec :

- nécessité d'améliorer la procédure d'approvisionnement ;*
- hétérogénéité des indications de CGR et inadéquation de certaines indications ;*
- écart aux bonnes pratiques par certains professionnels concernant la détermination du groupe et le CUPT.*

Des actions d'amélioration ont été engagées sur chacun de ces points :

- harmonisation des indications de CGR et rédaction d'un livret à destination des médecins ;*
- séances de formation animées par le chef de service d'anesthésie-réanimation ;*
- rédaction d'une nouvelle procédure d'approvisionnement en collaboration avec l'établissement ;*
- mise à jour des procédures de détermination du groupe et de CUPT accompagnées de séances de formation à destination des médecins et infirmiers.*

Un suivi est institué :

- suivi des délais d'approvisionnement avec amélioration constatée dès la mise en œuvre de la nouvelle procédure ;*
- suivi des taux de destruction de produits avec constat d'une baisse du taux de 30 % ;*
- suivi des quantités de CGR prescrites (baisse de 20 % constatée à 3 mois) ;*
- nouvelle évaluation prévue à un an sur indications de CGR, détermination du groupe et CUPT.*

Intérêt de la méthode :

- approche globale d'une prise en charge ou d'une activité ;
- permet d'identifier et améliorer les étapes de la prise en charge ;
- permet d'analyser les interfaces organisationnelles sur toute la prise en charge ciblée.

Limites de la méthode :

- nécessite de disposer d'une expérience suffisante pour décrire les processus au bon niveau de détail ; niveau suffisant pour pouvoir faire une bonne analyse, et pas trop détaillé pour ne pas perdre la vue d'ensemble et alourdir le projet ;
- peut nécessiter l'utilisation d'autres méthodes sur des points particuliers, audits, enquêtes de pratique.

Pour en savoir plus :

Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé – Principes méthodologiques. Anaes, 1996.

II.2 Chemin clinique

La méthode du chemin clinique reprend toutes les étapes de la démarche d'analyse et d'amélioration du processus. Son champ est celui d'une prise en charge de patient spécifique (exemple : patient porteur d'une lésion mammaire). La différence réside dans l'action mise en place pour améliorer la prise en charge des patients. Le chemin clinique met en place le nouveau processus sous forme d'une planification de l'ensemble des actions à mettre en œuvre pour une prise en charge précise par pathologie ; par exemple, prise en charge chirurgicale des lésions mammaires ou prise en charge de l'asthme.

La planification est réalisée *a priori* pour une pathologie par journée de soins ou par épisode de soins à dispenser pour prendre en charge le patient. Elle se présente sous forme d'un document qui s'intègre au dossier du patient papier ou informatique, et sert de guide à la prise en charge. Cette méthode permet de programmer et d'organiser les différentes étapes de la prise en charge ; l'objectif étant de réduire la variabilité non justifiée de la prise en charge.

Exemple de chemin clinique

Un centre de lutte contre le cancer a mis en place un chemin clinique sur la prise en charge chirurgicale des lésions mammaires. L'objectif était de standardiser cette prise en charge, qui était globalement assez consensuelle dans l'établissement. La mise en place d'un chemin clinique permettait à chaque professionnel qui intervient dans la prise en charge de s'assurer que la patiente reçoit les soins appropriés au moment où elle doit les recevoir. La démarche s'est appuyée sur un document publié par l'Anaes, qui présentait la pratique optimale pour l'ensemble de cette prise en charge.

La première partie du travail a consisté à élaborer le chemin clinique ; elle a porté sur toute la prise en charge, depuis la demande de rendez-vous avec le chirurgien par la patiente jusqu'à sa sortie, après l'intervention chirurgicale. Le chemin s'intègre dans le dossier du patient et reprend des fiches déjà existantes ; par exemple, la fiche d'anesthésie et la fiche de bloc ont été intégrées sans modification ; 70 % des patientes relevant de cette prise en charge par ce centre entrent dans le chemin clinique.

Intérêt de la méthode :

- déterminer les résultats attendus des différentes composantes de la prise en charge ;
- réduire la variabilité des durées de séjour et des modes de prise en charge ;

- diminuer les risques d'erreurs, les répétitions inutiles et les oublis ;
- coordonner les activités des différents professionnels intervenant dans la prise en charge.

Limites de la méthode :

- le chemin clinique se décline pour une pathologie spécifique ;
- la mise en œuvre d'un chemin clinique nécessite une modification du dossier du patient ;
- méthode non adaptée pour des pathologies prises en charge trop rarement dans l'établissement.

Pour en savoir plus :

Le chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité – Anaes, à paraître.

II.3 Méthodes spécifiques de la gestion des risques

Les méthodes de gestion des risques visant à fiabiliser les systèmes (méthodes de sûreté de fonctionnement) reposent sur l'analyse des processus.

De nombreuses méthodes sont disponibles. La plus connue est l'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC).

L'AMDEC est une méthode largement utilisée dans les entreprises industrielles. Elle a pour objectif d'identifier les défaillances potentielles d'un système, de calculer un score de criticité afin de mettre en place des actions correctives sur celles dont la criticité est importante. La criticité dépend de la gravité de la défaillance, de sa probabilité de survenue et de sa probabilité de non-détection.

L'utilisation de l'AMDEC et des autres méthodes de ce type peut nécessiter des moyens conséquents et des compétences spécifiques. Ces méthodes pourront être utilisées sous réserve de s'être assuré qu'elles correspondent à la meilleure réponse aux objectifs poursuivis et que l'établissement dispose des compétences méthodologiques nécessaires.

Une expérimentation de ces méthodes, pilotée par la DHOS est en cours. Elle permettra de préciser les indications et modalités d'utilisation de ces méthodes dans les établissements de santé.

Intérêt de la méthode :

- analyse précise des risques avec mesure de la criticité ;
- hiérarchisation des risques.

Limites de la méthode :

- ressources nécessaires pour conduire le projet ;
- maîtrise méthodologique nécessaire.

Pour en savoir plus :

Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Anaes, 2000.

III. Approche par problème

L'objectif est d'analyser un problème ou un dysfonctionnement afin de mettre en place des actions évitant sa réapparition. Plusieurs méthodes sont utilisées dans cette approche : la méthode de résolution de problème, les revues de mortalité et morbidité, les méthodes d'analyse des causes.

III.1 Méthode de résolution de problème

Cette méthode permet d'analyser des problèmes complexes et de trouver des solutions qui permettent de les éliminer. Le problème sur lequel on décide d'agir doit être identifié soigneusement.

Toutes les causes du problème sont envisagées et analysées ; cette analyse ne s'arrête que lorsque les causes principales du problème ont été identifiées et prouvées.

Les solutions ne doivent être recherchées qu'après identification des causes. Les solutions sont identifiées, testées puis mises en œuvre.

La disparition du problème est ensuite confirmée grâce au suivi réalisé.

Exemple de résolution de problème

Un établissement qui enregistrait des dysfonctionnements lors de l'accueil des patients au moment de leur hospitalisation a conduit un projet d'amélioration de la qualité.

La méthode de résolution de problème a permis, dans un premier temps, d'identifier le problème principal : l'attente des patients programmés à leur arrivée dans le service de soins. Cette attente excédait 30 minutes pour de nombreux patients.

L'identification des causes de retard met en évidence un nombre important de causes. Trois causes essentielles sont identifiées : le départ tardif du patient précédent, la mauvaise planification des entrées entraînant l'arrivée de tous les patients en même temps, et le départ simultané des patients entraînant des difficultés de préparation des chambres.

Des solutions ont été recherchées pour chacune de ces causes et mises en œuvre dans l'établissement ; elles ont concerné un échelonnement des heures d'entrée et une réorganisation de la sortie des patients. Le nombre de patients dont l'attente a été supérieure à 30 minutes a diminué de 80 %.

Intérêt de la méthode :

- permet de cibler un dysfonctionnement ou un problème précis ;
- permet l'analyse d'un dysfonctionnement ou problème complexe ;
- permet de résoudre méthodiquement le dysfonctionnement ou le problème ciblé.

Limites de la méthode :

- peu adaptée comme point d'entrée pour analyser des prises en charge comportant de multiples problèmes ou dysfonctionnements ; il vaut mieux utiliser, dans ce cas, une approche par processus qui permet une étude globale du processus ; la méthode de résolution de problèmes sera utilisée après optimisation préalable de l'organisation sur les problèmes persistants.

Pour en savoir plus :

Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Anaes, 2000.

III.2 Revue de mortalité-morbidité

La revue de mortalité-morbidité (RMM) a pour objectif l'identification et l'analyse d'événements graves ayant entraîné mortalité ou morbidité. La mise en place dans un service, un département ou un établissement, de la revue de mortalité-morbidité, nécessite qu'au sein de chaque service les professionnels analysent tous les décès survenus dans le service et sélectionnent des événements morbides qui seront également analysés. L'objectif de ce travail est d'identifier les événements évitables, et de mettre en place des solutions pour éviter qu'ils se reproduisent. Ces analyses se font dans le cadre de réunions spécialement dédiées, au cours desquelles un médecin ayant analysé le dossier le présente ; celui-ci est discuté par l'équipe. Parfois, les éléments dont l'équipe dispose ne permettent pas d'apporter de conclusion et le dossier nécessite une analyse plus approfondie ; dans ce cas, un ou plusieurs membres de l'équipe sont mandatés pour réaliser cette analyse, et la discussion du cas est reportée à une autre réunion. Lorsqu'il apparaît que la survenue de l'événement était évitable, le groupe doit rechercher les actions à mettre en place pour éviter que cela ne se reproduise ; il peut, si cela s'avère nécessaire, faire appel à d'autres méthodes lui permettant d'atteindre cet objectif.

Intérêt de la méthode :

- permet d'assurer un retour d'expérience essentiel et de tirer enseignement des erreurs et des situations particulières ;
- permet d'assurer la transparence et la cohésion de l'équipe ;
- méthode d'amélioration continue de la sécurité des soins.

Limites de la méthode :

- nécessite de préciser les règles de fonctionnement pour éviter les mises en cause individuelles.

Pour en savoir plus :

Revue de mortalité-morbidité. Anaes, à paraître.

IV. Méthodes d'analyse des causes d'un événement indésirable

Ces méthodes ont pour but une analyse structurée des événements indésirables, afin d'en identifier les causes immédiates et les causes racines.

Les causes immédiates peuvent être liées aux pratiques, à des dysfonctionnements organisationnels et aux facteurs humains.

Les causes racines sont liées au système dans lequel est survenu l'événement et concernent par exemple la communication, la formation, le management, la gestion de l'information, les procédures, l'organisation, les conditions de travail.

L'identification des causes est un préalable à la mise en œuvre des mesures correctives visant à éviter la récurrence de l'événement.

Plusieurs méthodes sont utilisables :

► **Les méthodes d'analyse des causes non spécifiques du domaine de la santé :**

- le diagramme causes-effet ou 5M ;
- l'arbre des causes.

► **Les méthodes spécifiques développées pour le secteur de la santé pour la gestion des risques :**

- la méthode d'analyse des causes de la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) (JCAHO, 2005) ;
- la méthode ALARM (Association of litigation and risk management) (Vincent, 2000).

Ces dernières méthodes requièrent du temps pour leur mise en œuvre et sont par conséquent à réserver aux événements graves (accident ou presque accident*). Elles nécessitent également de disposer des compétences méthodologiques correspondantes.

Exemple d'analyse des causes racines (Garnerin, 2002)

Un hôpital universitaire a réalisé une analyse des causes d'un événement indésirable survenu en anesthésie.

L'événement est survenu lors d'une intervention de chirurgie maxillo-faciale chez un enfant de 13 ans. L'anesthésie était réalisée par un anesthésiste junior. Après deux heures d'intervention, les alarmes du respirateur se sont déclenchées, la saturation en O₂ du patient a diminué à 80 % et l'examen clinique montrait des anomalies auscultatoires importantes s'améliorant après aspiration trachéale. La situation s'est reproduite jusqu'à décision de ventilation manuelle qui entraîna immédiatement une amélioration. La situation s'est de nouveau reproduite après changement du respirateur et de son circuit conduisant à finalement diagnostiquer l'occlusion du filtre à air par de l'eau et des sécrétions. Après changement du filtre, la situation clinique est revenue à la normale sans séquelle.

Les causes de deux problèmes ont été recherchées : l'occlusion du filtre à air et le délai d'identification de cette occlusion.

Plusieurs facteurs contributifs ont été identifiés parmi lesquels le positionnement du filtre dans ce type d'intervention qui n'a pas permis sa surveillance, l'absence de sensibilisation à ce type de problème dans la formation, l'absence d'expérience de l'anesthésiste de cette situation.

Les actions correctives ont consisté en une sensibilisation à ce type événement par une présentation à de nombreuses réunions, par une publication interne au département d'anesthésie et lors des formations. Il a été également recommandé de toujours placer le filtre à air de manière visible et plus haut que le niveau des poumons.

Pour en savoir plus :

Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Anaes, 2000.

Root cause analysis in health care : tools and techniques, third edition. JCAHO, 2005.

Vincent C *et al.* How to investigate and analyse clinical incidents : clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. BMJ 2005.

V. Approche par indicateurs

La mesure d'indicateurs constitue le point d'entrée de certaines démarches d'évaluation et d'amélioration.

Dans ces démarches, c'est la valeur prise par l'indicateur qui déclenche l'évaluation.

Le choix de l'indicateur s'effectue en fonction de sa pertinence par rapport au phénomène que l'on souhaite évaluer. Ce choix doit tenir compte de la disponibilité des données. Le nombre d'observations doit être suffisant pour que les données collectées soient significatives.

L'investigation est déclenchée par le dépassement d'un seuil, l'identification d'une tendance ou le constat d'un écart par rapport à une référence. Le mode de présentation choisi permet de faciliter le suivi, par exemple en visualisant le dépassement d'un seuil fixé.

Les références peuvent être externes à l'établissement : données publiées dans la littérature (exemple : taux de complications sur des prothèses totales de hanche), données d'établissements ou d'équipes similaires (exemple : réseau INCISO des CCLIN pour la surveillance des infections de site opératoire). Pour permettre les comparaisons, le recueil des données doit être standardisé. Les données de ce type sont habituellement recueillies par un organisme centralisateur (exemple : CCLIN pour INCISO, projet COMPAQH) qui organise le partage de l'information de manière anonyme ou non.

Les références peuvent être internes à l'établissement. Les mesures répétées des indicateurs permettent d'évaluer la situation de départ et les évolutions. L'indicateur doit être mesuré de la même façon, pour autoriser le suivi dans le temps (exemple : suivi du taux de chute). Pour affiner les capacités d'analyse, ce suivi peut être réalisé selon la méthode de la « maîtrise statistique des processus » (MSP).

L'analyse des résultats des indicateurs a pour but d'en comprendre les variations constatées ou les écarts par rapport aux références choisies, c'est-à-dire d'en déterminer les causes.

Cette analyse doit être menée par un groupe de travail qui représente les professionnels concernés. Elle commence par la vérification de la qualité des données. Le recrutement et la typologie des patients doivent être pris en compte. L'analyse portera ensuite sur les processus et les pratiques correspondantes en comparant avec les données de la littérature ou avec les pratiques des équipes de référence.

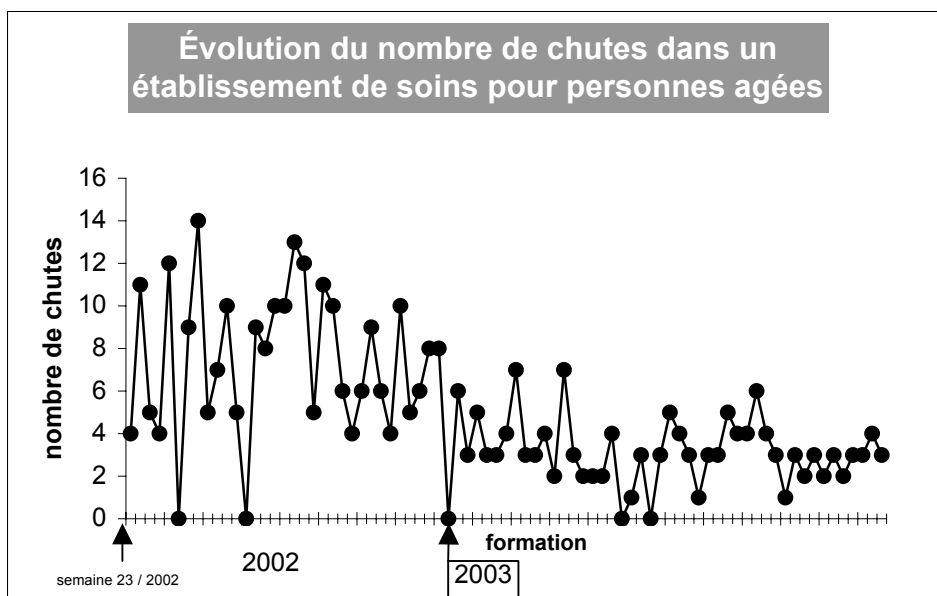
Cette analyse permet à l'équipe de déterminer les actions d'amélioration à conduire et de les mettre en œuvre.

Le suivi de l'indicateur permet de montrer les progrès accomplis.

Exemple n° 1 : projet consistant à diminuer et surveiller le taux de chutes dans un établissement de santé traitant des personnes âgées

Le problème ayant été jugé important, il a été décidé de recueillir et de suivre de manière hebdomadaire l'indicateur du taux de chutes. Le graphique ci-dessous illustre les données recueillies.

En 2002, la moyenne des chutes hebdomadaires s'établit à 7,6. Ce chiffre a été jugé trop important. Début 2003, une sensibilisation et une formation du personnel sur les chutes sont réalisées. Le suivi de l'indicateur montre une baisse avec une nouvelle moyenne à 3,8.



Exemple n° 2 : le réseau sentinelle Audipog

C'est un réseau d'obstétriciens volontaires, mobilisés pour l'évaluation des pratiques en périnatalité. Ce réseau de maternités publiques et privées met en commun, chaque année, les données des patientes ayant accouché. L'un de ses objectifs consiste à fournir aux maternités un outil commun d'évaluation de leurs pratiques et de leurs résultats en les incitant à procéder, sur leurs données, aux mêmes analyses que celles pratiquées au sein du réseau. Ceci permet à chaque participant de comparer ses résultats à ceux des autres participants.

Exemple n° 3 : le projet COMPAQH

Le projet COMPAQH a pour but de développer et de mettre en œuvre 42 indicateurs de qualité dans 36 établissements publics et privés, volontaires et de tout statut, pendant la période allant de 2003 à 2005. Ce projet est conduit par l'Inserm avec la participation de l'Anaes et soutenu par la DHOS.

Huit objectifs prioritaires de la qualité hospitalière ont été définis. Pour répondre à ces 8 objectifs, une batterie de 42 indicateurs a été sélectionnée en fonction des enjeux de qualité qui s'y rapportaient.

La méthode de recueil de ces indicateurs est décrite dans un cahier des charges et un outil informatique est mis à disposition accompagné de consignes de remplissage visant à maximiser la standardisation du recueil.

Les indicateurs sont testés dans les 36 établissements. Leur utilisation par les établissements vise à induire la mise en œuvre des actions d'amélioration de la qualité requises.

Cette étape expérimentale a pour objectifs de tester la faisabilité et la qualité métrologique de ces indicateurs, d'établir une comparaison interhospitalière anonyme et de définir les modes de gestion des indicateurs comme outils d'aide à l'amélioration de la qualité.

Intérêt de la méthode :

- approche favorable à la motivation des professionnels ;
- évaluation des pratiques réalisée lorsque les résultats le requièrent.

Limites de la méthode :

- qualité des données requise pour permettre les comparaisons ;
- lourdeur éventuelle du recueil si les données ne sont pas disponibles dans le système d'information.

Pour en savoir plus :

Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes Généraux. Anaes, 2002.

Comprendre et expérimenter la maîtrise statistique des processus en santé. Anaes, à paraître.

Audipog <http://audipog.inserm.fr/index.php?lang=fr>

CCLIN Paris-Nord <http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/>

VI. Autre approche : la recherche évaluative

La « recherche évaluative » s'intéresse à l'évaluation de l'efficacité d'interventions visant à améliorer les pratiques. Ces interventions peuvent être de différents types : actions de formation, modifications organisationnelles, interventions structurelles.

Les méthodes utilisées dans cette approche sont proches de la recherche clinique. Il s'agit d'enquêtes « ici/ailleurs » ou « avant/après ». Les études contrôlées avec un bras témoin ont un meilleur niveau de preuve scientifique. Il s'agit de travaux réalisés sur des échantillons représentatifs nécessitant un recueil de tous les facteurs susceptibles de modifier par eux-mêmes les pratiques : mode d'exercice, type d'établissement de santé ou environnement dans lequel il intervient et bien sûr, caractéristiques des patients pris en charge, etc. La population étudiée peut être composée de professionnels isolés ou de collectivités de professionnels (un secteur d'activité, un établissement, une région, un réseau, etc.). Il pourra y avoir une randomisation.

Ce type de démarche requiert une méthodologie lourde, et ne sera pas conseillé en première intention.

Elle est citée dans le cadre de ce guide dans la mesure où les projets conduits sous cette forme permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration des pratiques.

Elle ne sera retenue que par les établissements de santé/les professionnels de santé qui souhaitent la mettre en œuvre dans le cadre de travaux de recherche scientifique pouvant donner lieu à publication.

Une telle démarche pourra également être mise en œuvre par des professionnels travaillant dans le cadre de réseau de soins – l'intégration dans certains réseaux sous-entend un accord pour participer à une telle évaluation comparative.

Exemple de recherche évaluative (Thilly, 2003)

Une étude a été conduite pour mesurer l'effet de la diffusion des recommandations de pratique clinique concernant l'utilisation des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) dans l'insuffisance cardiaque. Cette étude a été conduite car l'efficacité des IEC dans l'insuffisance cardiaque est prouvée mais ce traitement reste sous-utilisé.

Deux groupes de 10 unités de cardiologie ont été constitués par tirage au sort et comparés : 1 groupe intervention qui devait construire et mettre en œuvre des recommandations et 1 groupe ne conduisant aucune démarche.

Une enquête de pratique était conduite avant et après l'intervention. Les résultats ont montré un meilleur respect des bonnes pratiques dans le groupe intervention.

Chapitre 3 – L'EPP dans le manuel d'accréditation

La deuxième procédure d'accréditation vise à renforcer l'évaluation du service médical rendu au patient. Pour atteindre cet objectif, elle s'attache à étudier plus en détail le parcours du patient dans l'établissement et les actions mises en œuvre par les différents secteurs et professionnels pour assurer la qualité de la prise en charge.

Les références du manuel d'accréditation précisent les attentes vis-à-vis des établissements sur :

- la mise en place d'une politique institutionnelle d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- les activités transversales de gestion de la qualité et des risques et de maîtrise de l'environnement des soins ;
- une évaluation par type de prise en charge et des références sur des domaines clés de la prise en charge médicale ;
- des activités spécifiques d'évaluation des pratiques professionnelles. Ces actions deviennent une exigence de la seconde procédure d'accréditation.

I. La politique institutionnelle d'évaluation des pratiques professionnelles

Le développement de l'EPP dans un établissement de santé nécessite une impulsion donnée à un niveau institutionnel et la mise en cohérence des différentes démarches émanant des secteurs d'activité.

Ainsi, **la référence 6 du chapitre 1**, qui porte sur la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques, prévoit que cette politique intègre l'évaluation des pratiques professionnelles **critère 6.b**.

Cette exigence permet d'évaluer :

- l'existence d'une politique clairement définie ;
- l'implication des responsables de l'établissement ;
- l'existence d'une structure de coordination (comité de pilotage, comité d'évaluation, etc.) ;
- l'existence de projets formalisés et leur mise en œuvre ;
- la définition des responsabilités dans la conduite des projets ;
- les modalités de communication et les actions de formation.

II. Les activités transversales concernant la qualité et la maîtrise de l'environnement

Le chapitre 2 formule des exigences relatives aux activités d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins adaptées à l'établissement et à ses différents secteurs. Il s'agit des activités transversales d'organisation, de gestion de la qualité et des risques et des différentes activités visant à maîtriser l'environnement direct des soins délivrés aux patients.

Certaines de ces activités font appel à l'évaluation des pratiques professionnelles. Par exemple, l'analyse d'un événement indésirable touchant un patient initiée dans le cadre du programme de gestion des risques de l'établissement peut conduire à l'évaluation des pratiques professionnelles correspondantes. De même, l'évaluation du bon usage des antibiotiques implique une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. Les équipes médicales de l'établissement sont donc nécessairement pilotes ou étroitement associés à ces démarches.

Les **références traitant de ces activités sont les références 13, 14, 15 et 16** portant sur :

- le système de management de la qualité (13) ;
- l'organisation et la coordination de la gestion des risques cliniques et non cliniques (14) ;
- les vigilances sanitaires (15) ;
- le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux (16).

III. L'évaluation du parcours du patient par type de prise en charge

Le chapitre 3 du manuel prévoit une évaluation réalisée par type de prise en charge selon des sections spécifiques du manuel (soins de courte durée, psychiatrie et santé mentale, soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée, hospitalisation à domicile).

Il prévoit également une évaluation renforcée sur plusieurs thématiques, représentant un enjeu vis-à-vis du service médical rendu :

- le renforcement des références sur des domaines clés de la prise en charge médicale (circuit du médicament, urgences, secteurs interventionnels) ;
- l'introduction d'exigences sur des situations spécifiques (les besoins nutritionnels, les conduites addictives, la prévention de la maladie thromboembolique, le risque suicidaire, la prévention des escarres et des chutes de patient) dans la référence 30, représentant un enjeu important en termes de qualité du service médical rendu.

Sur ces différents thèmes, les établissements doivent faire état des actions mises en œuvre pour satisfaire les exigences de qualité fixées par les critères.

Dans la référence 30, l'établissement s'attachera à expliquer l'organisation mise en place pour identifier les patients à risque et les modalités de prise en charge de ces patients au regard de chacun de ces domaines clés (protocoles*, consultations spécialisées, etc.).

Des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles pourront être conduites sur ces thèmes et être valorisées dans le cadre des références 44 à 46 si elles répondent aux critères d'inclusion présentés dans la suite du chapitre.

IV. Les activités spécifiques d'évaluation des pratiques professionnelles (références du chapitre 4)

Le chapitre 4 dans ses références 44 à 46 précise les actions spécifiques d'évaluation des pratiques professionnelles attendues.

Ces actions concernent la pertinence des soins dispensés, le risque lié aux soins, ainsi que des pathologies et problèmes de santé principaux. Le nombre d'actions attendues varie en fonction de la taille et des activités réalisées par l'établissement.

Les actions d'évaluation mises en œuvre au titre de ces trois références s'inscrivent en complémentarité de ceux menés dans le cadre des démarches de maîtrise de l'environnement direct des soins (chapitre 2) et de ceux menés dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale des patients (chapitre 3).

► **La référence 44 conduit les établissements et les équipes à évaluer la pertinence des actes et soins réalisés**

Dans le cadre de cette référence, les établissements développent des activités structurées d'évaluation de la pertinence des hospitalisations, des actes et des soins couvrant l'ensemble de l'établissement. Ces actions peuvent prolonger les exigences ciblées apparaissant dans certains critères du chapitre 3 : caractère approprié des examens de laboratoire (critères 35.a.), pertinence des indications de médicaments et dispositifs médicaux critère 36b.

► **La référence 45 s'intéresse aux modalités d'évaluation des risques mises en œuvre dans les secteurs d'activité**

Dans le cadre de cette référence, les établissements développent des activités structurées d'évaluation du risque lié aux soins sur des thématiques données. Ces activités d'évaluation déclinent, au niveau du risque lié aux soins, les exigences relatives à la démarche de gestion des risques présentées dans le chapitre 2. Ces activités s'inscrivent par ailleurs dans la continuité des démarches de prévention des risques liés aux soins demandées par des références du chapitre 3 consacré à la prise en charge du patient (exemple : urgences, circuit du médicament, secteurs interventionnels), et du chapitre 2 (prévention du risque infectieux nosocomial).

Ainsi, un établissement pourra choisir de travailler :

- pour le critère 45a sur la sécurité du patient au bloc opératoire dans le prolongement des actions engagées sur la référence 37 ;
- pour le critère 45b, sur un accident médicamenteux chez un patient, prolongeant ainsi les réflexions menées et les actions engagées au titre de la référence 36 sur le circuit du médicament.

- ► **la référence 46** prévoit la mise en œuvre d'actions ou de projets d'évaluation et d'amélioration sur des pathologies ou problèmes de santé principaux.

Dans le cadre de cette référence, les établissements développent des actions structurées d'évaluation des modalités de prise en charge de pathologies ou de problèmes de santé principaux par type de prise en charge. Ainsi, un établissement pourra choisir de travailler, pour la référence 46, sur la prise en charge de pathologies telles que l'accident vasculaire cérébral pour le secteur de médecine ou sur la prévention des escarres dans un secteur de long séjour.

IV.1 Caractéristiques des actions d'évaluation attendues

L'évaluation des pratiques professionnelles repose sur une démarche d'amélioration qui comporte les éléments suivants :

► **Le choix du thème d'évaluation et la définition d'objectifs**

Le choix du sujet doit se faire sur des thèmes prioritaires, c'est-à-dire des thèmes porteurs d'enjeux d'amélioration. Fréquence, gravité, existence de dysfonctionnements permettent de mesurer cet enjeu et sont des critères de priorisation. La politique de l'établissement et la faisabilité de la démarche sont à prendre en compte dans le choix du sujet.

Le choix du sujet doit s'accompagner de la définition des objectifs. La démarche d'évaluation doit permettre à l'établissement de mettre en œuvre des actions d'amélioration de leur pratique, qui est l'objectif principal.

► **Le choix d'une méthode**

Ce choix appartient à l'établissement de santé et aux équipes. Le choix de la méthode est à réaliser en fonction des objectifs retenus, des compétences méthodologiques disponibles, d'options méthodologiques de l'établissement ou de l'équipe.

La méthode permet la démarche d'analyse des processus et des pratiques. Elle doit prévoir l'implication des acteurs. Sont à définir : le champ d'application, les modalités de recueil de données et d'analyse des résultats.

► **La prise en compte des références professionnelles existantes**

L'un des fondements de l'évaluation des pratiques professionnelles est de comparer la pratique existante avec la pratique de référence. En conséquence, la prise en compte des références professionnelles existantes est une étape systématique. Ces références seront préférentiellement des recommandations professionnelles (recommandations de pratique professionnelle, conférences de consensus). Les données de la littérature seront utilisées en l'absence de ces dernières, ou lorsque la prise en compte de la littérature intervient en complément de celles-ci. Dans ce cas, les équipes devront exposer les motifs qui conduisent à retenir ces données de la littérature.

Lorsque la méthode choisie est l'audit, la comparaison aux références professionnelles fait l'objet d'une mesure directe à partir des critères d'audits définis.

En revanche, dans une approche par processus, c'est le fonctionnement tel qu'il est décrit dans l'analyse du processus qui est comparé aux références professionnelles. Dans les approches par problème ou indicateurs, la comparaison aux références professionnelles s'effectue durant la phase d'analyse de la situation.

► **Le plan d'actions, les actions d'amélioration mises en place**

L'évaluation conduit à un diagnostic de la situation. En cas d'écart entre la situation existante et la situation souhaitable, et après en avoir identifié les causes, un plan d'actions d'amélioration est à établir et à mettre en œuvre.

► **Le suivi des actions, dont la définition des indicateurs**

L'évaluation proposée s'inscrit dans une démarche de changement, ce qui suppose le suivi des actions et la mesure des améliorations grâce à des indicateurs.

Ces éléments concernent chaque critère des références 44 et 45, et structurent la référence 46, pour laquelle chacun de ces éléments est associé à un critère.

IV.2 Nombre d'actions d'évaluation attendues

Pour initier la dynamique d'EPP dans les établissements, il est demandé la réalisation d'un nombre limité de démarches d'évaluation portant sur les références 44, 45, 46. Ce nombre est fonction de la taille, de la structure et des activités de l'établissement.

Les établissements dans lesquels la dynamique de l'évaluation des pratiques professionnelles est importante pourront faire part d'un plus grand nombre d'actions s'ils le souhaitent, dans leur auto-évaluation. Cette mention pourra se faire soit dans le cadre de la référence 6.b en faisant état de la politique d'EPP mise en œuvre soit dans le cadre des différentes références des chapitres 2 et 3. En revanche, ne seront exposés dans les références 44 à 46 que les projets sélectionnés correspondant au nombre de projets attendus.

Les tableaux suivants présentent le nombre d'actions d'évaluation attendues sur chaque référence.

Référence	Nombre de lits et places dans l'établissement	Nombre d'actions d'évaluation
Référence 44		1 par critère (pour l'ensemble de l'établissement)
Référence 45	<= 200	1 par critère (pour l'ensemble de l'établissement)
	> 200*	1 par critère par type de prise en charge (PEC) : médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), SSR, HAD, santé mentale, soins de longue durée (SLD)
Référence	Nombre de lits par activité :	Nombre d'actions d'évaluation
	- médecine ; - chirurgie ; - obstétrique ; - SSR ; - HAD ; - santé mentale ; - SLD.	
Référence 46	<=10	Activité rattachée à une autre prise en charge
	0 à 200	1 par activité
	201 à 500	2 par activité
	> 500	3 par activité

(*) Si la taille de la prise en charge est inférieure ou égale à 10 lits et places, cette prise en charge peut être rattachée à une autre prise en charge.

Pour la référence 46, le nombre d'actions attendues est donc dépendant du nombre de lits dans la PEC ou dans les activités de la PEC courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique).

Exemples :		Nombre d'actions attendues sur la référence 46
Activité de l'établissement		
1	ES de 1 100 lits de MCO	
	Médecine 600 lits	3
	Chirurgie 300 lits	2
	Obstétrique 200 lits	1
2	CH de 800 lits MCO + unité de soins de longue durée (USLD) + psy	
	Médecine 170 lits	1
	Chirurgie 150 lits	1
	Obstétrique 50 lits	1
	USLD 30 lits	1
	Psychiatrie 400 lits	2
3	Clinique de 150 lits et places de MCO	
	Médecine 25 lits	1
	Chirurgie 110 lits et places	1
	Obstétrique 15 lits	1
4	Hôpital local de 40 lits (médecine + SSR + USLD)	
	Médecine 5 lits	rattaché à SSR
	SSR 15 lits	1
	USLD 20 lits	1

IV.3 Utilisation des projets de l'établissement dans le cadre de l'accréditation

L'objectif des références 44 à 46 est d'apprécier la mise en œuvre d'évaluation des pratiques dans l'établissement, dans différentes prises en charge et sur plusieurs champs.

Les établissements peuvent avoir débuté leurs démarches préalablement à la préparation de l'accréditation ou avoir mis en place un dispositif d'évaluation permanent (exemple : revues de mortalité-morbidité systématiques), et pourront les utiliser pour l'accréditation.

Tous les projets ou actions d'évaluation répondant à la définition de l'EPP peuvent être utilisés. À ce titre, un projet conduit par l'établissement dans le cadre d'un réseau de santé, peut être utilisé si, bien entendu, il correspond à une activité significative pour l'établissement.

Certains projets pourront permettre de répondre aux exigences de plusieurs références ; par exemple, un projet sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë pourra permettre de répondre à la référence 46, mais également à la pertinence de l'hospitalisation (étude des journées en unités de soins intensifs ou d'actes réalisés – angioplastie, thrombolyse).

De même, les actions conduites sur les références 44 à 46 peuvent également prolonger les démarches d'amélioration de la prise en charge conduites dans le cadre du chapitre 3 consacré à la prise en charge du patient. Par exemple, l'établissement peut choisir comme problème de santé, la prévention de la maladie thromboembolique approfondissant ainsi les réflexions menées au titre du critère 30.c. Cependant seule une action d'évaluation parmi les thèmes des références 30 ou 32 pourra être utilisée pour répondre aux exigences des références 44, 45 ou 46. Cette limite a été définie afin de promouvoir l'EPP notamment par pathologie.

Enfin, pour la référence 46, un projet intéressant plusieurs activités (médecine et soins de suite/réadaptation ou médecine et chirurgie) pourra être validé pour chacune de ces activités.

Au plan pratique, lorsque l'établissement informe la HAS des sujets d'EPP retenus dans le volet méthodologique, il signale l'utilisation d'un même projet pour répondre à plusieurs exigences. La HAS peut accepter ou refuser ces utilisations multiples en fonction des activités de l'établissement et de l'importance du projet.

IV.4 Aspects spécifiques aux différents champs évalués (références 44, 45, 46)

a) Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques (référence 44)

L'évaluation de la pertinence, c'est-à-dire de l'adéquation aux besoins des patients des indications d'hospitalisation, des durées de séjour, des actes et prescriptions,

fait l'objet de nombreuses publications et est un élément important d'évaluation de la qualité des soins. Les études publiées font état d'importants taux d'inadéquation, avec des conséquences en termes d'efficacité, de sécurité des patients et de coûts de santé.

Les critères de la référence sont consacrés à différentes composantes des soins :

- les hospitalisations et journées d'hospitalisation (critère 44.a) ;
- les actes à risque*(critère 44.b) ;
- les prescriptions médicamenteuses (critère 44.c) ;
- les prescriptions d'examens de laboratoire, d'imagerie ou d'explorations fonctionnelles (critère 44.d).

Les projets d'évaluation de la pertinence permettent de mesurer l'adéquation, d'identifier les causes d'inadéquation (structurelles, organisationnelles, humaines) et de mettre en œuvre des actions correctives.

Les méthodes préférentielles sur ce champ sont :

- la revue de pertinence ;
- l'audit clinique ;
- l'audit clinique ciblé.

RÉFÉRENCES et CRITÈRES		AUTO-ÉVALUATION
Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques.	
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée.	<p>L'analyse des données PMSI a montré un écart de 3,5 jours entre la durée moyenne de séjour (DMS) de l'établissement (ES) et la durée moyenne de séjour nationale pour le groupe homogène de malades 01M14V « AVC non transitoire sans comorbidité associée ».</p> <p>Un groupe projet a été constitué (RAQ, médecin de DIM, chefs de service de neurologie et de médecine interne, IDE, masseurs kinésithérapeutes, assistante sociale, chef de service du service de SSR d'un ES distant de 10 km, responsable du service de maintien à domicile, 2 médecins libéraux, 2 paramédicaux).</p> <p>Une étude rétrospective de 60 dossiers dont la durée de séjour est supérieure à 10,8 jours (DMS nationale) a été réalisée de juillet à décembre 2004. La pertinence de chaque journée de présence à l'exclusion de la journée de sortie a fait l'objet d'une analyse selon la méthode de la revue de pertinence.</p> <p>25 % des journées ont été jugées inappropriées.</p> <p>L'analyse des causes a permis d'identifier des problèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ d'organisation des soins ; ▫ de structure d'aval ou de relais ; ▫ de décision médicale ; ▫ liés au patient ou à sa famille. <p>Des mesures correctives ont été instituées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ les plages horaires de mise à disposition de l'imagerie ont été allongées ; ▫ une convention a été signée avec l'ES ayant des lits de SSR et le service de maintien à domicile ; ▫ une meilleure préparation de la sortie ; ▫ un travail de coordination avec les médecins libéraux pour le retour à domicile. <p>Une nouvelle évaluation est programmée de juillet à décembre 2005.</p>

Exemple de réponse au critère 44.a – Pertinence des durées d'hospitalisation pour accident vasculaire cérébral

44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	<p>L'endartériectomie carotidienne permet lorsqu'elle est réalisée de façon appropriée de diminuer de façon significative le risque de survenue d'un AVC. Les sociétés savantes ont établi des recommandations concernant les indications chirurgicales.</p> <p>Cette intervention était réalisée dans trois services de chirurgie du CHU (2 spécialisés en chirurgie cardio-vasculaire, un de chirurgie générale) par 5 opérateurs.</p> <p>Dans le but d'étudier le caractère approprié de l'intervention, un groupe projet a été constitué (2 chirurgiens vasculaires, 2 neurologues, 1 neuroradiologue, un interniste, un médecin généraliste).</p> <p>La période de l'étude était comprise entre janvier 2001 et septembre 2003.</p> <p>Le médecin du DIM était chargé de la requête informatique à partir de la base du PMSI.</p> <p>Le nombre de dossiers sélectionnés était égal à 642.</p> <p>Les dossiers des patients ont été analysés de façon rétrospective.</p> <p>La méthode utilisée a été la RAND/UCLA Appropriateness Method (proposée par la Société française de chirurgie cardio-vasculaire). Elle permet de déterminer la proportion de procédures appropriées, inappropriées ou appropriées de façon incertaine.</p> <p>10 % des interventions n'étaient pas pertinentes (effectuées pour des sténoses asymptomatiques inférieures à 70 %).</p> <p>Les recommandations ont été rappelées à cette occasion.</p> <p>Un retour d'information est mis en place afin d'informer régulièrement les chirurgiens des résultats de leurs interventions.</p> <p>Une évaluation préopératoire de la pertinence de l'endartériectomie a été mise en place.</p> <p>Une nouvelle évaluation est prévue en 2005.</p>
------	---	---

Exemple de réponse au critère 44.b – Pertinence des indications d'endartériectomie carotidienne

b) Les professionnels évaluent le risque lié aux soins (référence 45)

La mise en œuvre des actes préventifs, diagnostiques et des thérapeutiques s'accompagnent de risques pour les patients.

La mise en œuvre par les professionnels de pratiques à risque rend nécessaire d'identifier les risques et d'éviter la survenue des risques évitables, en réunissant les conditions de sécurité adaptées.

L'identification et la réduction des risques peuvent s'effectuer *a priori*, ce qui permet de gérer les risques prévisibles d'une activité afin de ne pas exposer inutilement les personnes à un risque, notamment ceux de forte gravité. Elle peut s'effectuer avant de débiter une nouvelle activité, ou sur une structure en fonctionnement pour en renforcer la sécurité.

La réduction des risques peut également s'effectuer *a posteriori*, en exploitant l'expérience correspondant à l'occurrence d'un événement indésirable.

Cette référence traite des modalités d'évaluation et de réduction des risques mises en œuvre par les différents secteurs d'activité cliniques et médicotechniques. Elle s'inscrit en continuité des objectifs de la référence 14 (la gestion des risques est organisée et coordonnée).

Elle concerne les risques liés aux soins, c'est-à-dire des risques iatrogènes qui incluent les risques liés aux actes médicaux et aux pratiques, les risques liés à l'utilisation des produits de santé, les risques infectieux nosocomiaux et les risques liés à l'organisation des soins.

L'établissement devra faire état, pour chaque type de prise en charge, d'actions concrètes d'amélioration.

Les méthodes préférentielles pour l'analyse des risques *a priori* (critère 45.a) sont :

- l'analyse de processus ;
- les audits de pratique ou organisationnels.

Les méthodes spécifiques de gestion des risques type AMDEC font partie des méthodes disponibles. Leur utilisation peut nécessiter des moyens conséquents et des compétences spécifiques. Elles pourront être utilisées sous réserve de s'être assuré qu'elles correspondent à la meilleure réponse aux objectifs poursuivis et que l'établissement dispose des compétences méthodologiques nécessaires pour les utiliser.

Les méthodes préférentielles pour l'analyse des risques *a posteriori* (critère 45.b) sont :

- les méthodes d'analyse des causes des événements indésirables ;
- la méthode de résolution de problème.

Ces méthodes peuvent être mises en œuvre dans le cadre de revues de mortalité-morbidité ou d'un système de recueil d'événements indésirables.

RÉFÉRENCES et CRITÈRES		AUTO-ÉVALUATION
Réf. 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins.	
45 a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité.	<p>Le circuit du médicament représente un risque pour les patients. L'établissement a conduit un projet d'amélioration de ce circuit en se concentrant sur deux étapes : la prescription et l'administration.</p> <p>Un groupe de travail pluriprofessionnel a été constitué. Une analyse du processus a été conduite permettant d'en décrire les différentes étapes. Elle a été complétée par un audit clinique sur l'administration.</p> <p>Cette analyse a conduit au diagnostic de situation suivant :</p> <p>Points forts concernant la prescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ des prescriptions systématiquement écrites par les médecins et conformes dans la majorité des cas. <p>Points à améliorer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ des prescriptions retranscrites générant des erreurs de transcription ; ▫ une mauvaise lisibilité de certaines prescriptions dans deux services ; ▫ l'existence de prescriptions incomplètes (horaire d'administration notamment) ; ▫ l'identification du prescripteur inconstante dans 3 services. <p>Points forts concernant l'administration :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ une administration systématiquement assurée par les infirmières. Une information donnée aux patients sur son traitement dans la majorité des cas. <p>Points à améliorer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ erreur de médicament dans 2 % des cas (médicament différent du médicament prescrit) ; ▫ erreur de dose dans 4 % des cas (dose administrée différente de la dose prescrite). <p>Des mesures correctives ont été mises en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ une modification du support de prescription permettant de supprimer les retranscriptions ; ▫ un contrôle par les infirmières de l'identification du médecin, la lisibilité et de la complétude des prescriptions avec demande de correction par le médecin si besoin ; ▫ la présentation en réunions de service des résultats d'évaluation permettant de sensibiliser aux risques du circuit du médicament ; rappel de l'importance de vérifier la concordance entre la prescription et le médicament préparé avant l'administration ; ▫ une sensibilisation à l'importance de déclarer dans le système de recueil d'événements indésirables de l'établissement les événements relatifs au circuit du médicament. <p>Un suivi est organisé avec étude de 30 prescriptions et 30 administrations tous les 6 mois. Les % d'erreurs de médicament et d'erreurs de dose ont été sélectionnés comme indicateurs du projet.</p>

Exemple de réponse au critère 45.a – Prévention des risques liés au circuit du médicament

45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	<p>Une analyse des causes et la mise en place d'actions de prévention ont été réalisées suite à un presque accident : l'intervention du mauvais côté est évitée au dernier moment. L'opérateur s'est aperçu de la confusion immédiatement avant l'incision sur un patient préparé et installé du mauvais côté pour une prothèse du genou.</p> <p>L'analyse des causes a identifié plusieurs causes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ préparation de l'opéré du mauvais côté liée à une erreur dans le service de soins ; ▫ absence de réelle procédure visant à éviter les erreurs ; ▫ absence d'association du patient dans le processus d'identification du site opératoire ; ▫ défaut de communication entre les membres de l'équipe chirurgicale ; ▫ absence de vérification en salle d'opération avant la préparation et l'installation. <p>Les mesures d'amélioration ont consisté en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ l'élaboration d'une procédure visant à éviter les confusions de patient ou de site opératoire par un groupe de travail impliquant les différents secteurs de l'établissement ; ▫ la mise en place d'un bracelet d'identification du patient ; ▫ le marquage systématique du site opératoire par l'opérateur ; association du patient (ou de sa famille si besoin) au processus de marquage ; ▫ la vérification par chaque membre de l'équipe chirurgicale qu'il s'agit du bon patient et du bon site ; ▫ la traçabilité des vérifications sur un formulaire spécifique permettant le contrôle de cohérence des différents contrôles ; ▫ l'information et la formation de l'ensemble des membres des équipes à ces procédures et sensibilisation au risque correspondant. <p>Un audit du respect de cette procédure est prévu à 6 mois.</p>
------	--	---

Exemple de réponse au critère 45.b – Presque accident de type « intervention du mauvais côté »

c) L'évaluation par pathologie ou problème de santé (référence 46)

L'évaluation par pathologie ou problème de santé a pour objectif de mettre en œuvre des actions d'amélioration sur des processus de prise en charge spécifiques.

La notion de pathologie correspond soit à la prise en charge d'une pathologie dans sa globalité (exemple : bronchiolite) ou dans une étape particulière (exemple : prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë) soit à une prise en charge thérapeutique précisée d'une ou plusieurs pathologies (exemple : prothèse totale de hanche).

La notion de problème de santé correspond à des prises en charge spécifiques comme la prévention de la maladie thromboembolique ou la prescription médicamenteuse chez la personne âgée.

Les actions conduites sur cette référence permettent de déployer la démarche qualité sur des sujets prioritaires dans les secteurs cliniques et médicotechniques, d'impliquer les équipes médicales (médecins, infirmiers, autres professions médicales et paramédicales).

La référence 46 identifie l'ensemble des étapes d'un projet qualité appliqué à une pathologie, permettant d'en guider l'analyse pas à pas.

Les pathologies ou problèmes de santé seront choisis en fonction de l'enjeu en termes d'amélioration de la qualité, au regard des critères suivants :

- fréquence de la prise en charge dans l'établissement ;
- problème identifié (exemple : variation connue des pratiques, dysfonctionnement) ;
- améliorations possibles (écart à une situation souhaitable et faisabilité des actions d'amélioration) ;
- existence de recommandations professionnelles.

La base française d'évaluation en santé met à disposition des établissements des recommandations validées, élaborées par la HAS, par les sociétés savantes ou par d'autres organisations.

Les pathologies ou problèmes de santé retenus feront l'objet de démarches d'évaluation et d'amélioration.

La démarche nécessite l'analyse des processus et des pratiques sur des activités définies, et la mise en œuvre des améliorations souhaitables.

Le caractère multiprofessionnel de la prise en charge de la pathologie ou du problème de santé envisagé conditionnera les modalités de conduite de la démarche et le choix des professionnels à intégrer dans le groupe de travail.

Les méthodes préférentielles sont :

- l'audit clinique ;
- l'analyse de processus ;
- le chemin clinique ;
- les méthodes relatives aux indicateurs (pour initier ou suivre la démarche).

La recherche clinique et l'évaluation médicoéconomique sont situées hors champ de l'EPP. Ainsi une étude visant à établir la supériorité d'une stratégie thérapeutique par rapport à une autre au plan de l'efficacité ou des coûts n'est pas dans le champ de l'EPP et ne sera pas retenue dans le cadre de l'EPP de l'accréditation.

RÉFÉRENCES et CRITÈRES		AUTO-ÉVALUATION
La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		
Réf. 46		
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	Les AVC représentent la 3 ^e cause de mortalité et la 1 ^{er} cause de handicap acquis de l'adulte et doivent être considérés comme une urgence médicale pour donner aux patients les meilleures chances de récupération. C'est la 3 ^e place de nos GHM. Conscient que la variation des prises en charge est source de perte de chances pour les patients, après présentation à la CME du projet et avec le soutien de la direction, il a été décidé d'évaluer notre prise en charge pour faire disparaître des pratiques et des organisations qui ne seraient pas optimales.
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.	<p>Un groupe de travail, composé de divers professionnels (médecins, radiologues, biologistes, IDE, orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute, etc.) s'est chargé de mettre en œuvre une évaluation par la méthode de l'audit clinique. Les 3 phases de la prise en charge ont été étudiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ diagnostic (données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et de l'imagerie), avec précision sur le mécanisme et la cause (éliminer avec certitude une hémorragie cérébrale) ; ▫ traitement (approprié, et le plus précocement possible) ; ▫ surveillance (pour éviter ou déceler les complications immédiates, générales et neurologiques). <p>Une grille de recueil des données a été élaborée en utilisant les recommandations pour la pratique clinique listées au 46.c.</p> <p>60 dossiers de patients ont été étudiés de manière rétrospective.</p> <p>Cette étude a montré que les délais de prise en charge aux urgences pouvaient être optimisés (1^{er} examen médical, délai d'imagerie, délai de mise en place du traitement). Il a été montré que les stratégies thérapeutiques utilisées n'étaient pas toujours conformes aux recommandations professionnelles. Il est apparu que la disponibilité des traitements était un facteur d'augmentation du délai de la prise en charge thérapeutique. Enfin, il est apparu que la surveillance des patients n'était pas prescrite et réalisée de façon uniforme selon les professionnels.</p>
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.	<p>Des recommandations pour la pratique clinique élaborées par l'Anaes ont été utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ imagerie de l'AVC aigu (juin 2002) ; ▫ prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC – aspects paramédicaux – (juin 2002) ; ▫ place des unités neurovasculaires (UNV) dans la prise en charge de patients atteints d'AVC (juillet 2002) ; ▫ prise en charge initiale de patients adultes atteints d'AVC – aspects médicaux – (septembre 2002).

L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation

46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en oeuvre.	<p>Des objectifs et un plan d'actions d'amélioration ont été définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ diminuer les délais de prise en charge aux urgences : <ul style="list-style-type: none"> - former et sensibiliser l'ensemble des intervenants, - augmenter le nombre de plages horaires mises à disposition en imagerie, - disposer des traitements appropriés en temps utile (révision de la composition de l'armoire de pharmacie des urgences) ; ▫ rendre conforme les stratégies thérapeutiques utilisées aux recommandations professionnelles : <ul style="list-style-type: none"> - définir des protocoles thérapeutiques partagés, - former les médecins à ces protocoles ; ▫ améliorer la surveillance : <ul style="list-style-type: none"> - établir les protocoles de surveillance, - former et sensibiliser les professionnels concernés à la surveillance pour prévenir ou dépister les éventuelles complications.
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.	<p>Un suivi a été réalisé par une revue de 10 dossiers par trimestre sur 10 critères clefs (délai, thérapeutique utilisée, traçabilité de la surveillance).</p> <p>Ce suivi a montré une amélioration significative des pratiques après 6 mois de suivi.</p>
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.	<p>À la suite de l'audit de pratique, une visite du service des urgences du CHU voisin a été réalisée par le Chef de service, un médecin et le cadre du service. Les protocoles de prise en charge du service ont été comparés avec ceux de ce service. Cette comparaison a notamment permis d'affiner les modalités de surveillance des patients.</p>

Exemple de réponse à la référence 46 – Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral

RÉFÉRENCES et CRITÈRES		AUTO-ÉVALUATION
La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		
Réf. 46		
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>Noter les informations pertinentes relatives aux critères de la référence, en précisant les actions réalisées ou en cours ou programmées et les éventuels écarts entre les secteurs d'activité.</p> <p>La lutte contre le suicide est une priorité de santé publique. Les tentatives de suicide, dont le nombre est estimé entre 120 000 à 150 000 par an, représentent un facteur de risque de mortalité suicidaire. L'amélioration de la prise en charge des suicidants est donc un des axes privilégiés d'une stratégie de prévention du suicide. En 2000, nous accueillions 450 tentatives de suicide par an, 21 % de récidives ont été enregistrées. Alors que l'évaluation psychiatrique est systématique avant la sortie, la trajectoire de ces patients à la sortie reste floue et mal renseignée.</p> <p>Se dégage donc pour nous la nécessité de définir une stratégie plus structurée et intégrant plus largement la trajectoire de ces patients. Or, cette même année, le contexte est privilégié pour une telle démarche puisque s'identifie au sein du SAU une activité spécifique d'accueil des urgences psychiatriques.</p> <p>L'audit clinique, proposé en 2001 par l'Anaes et la DRASS à l'ensemble des services d'urgence de Midi-Pyrénées, nous est alors apparu comme un outil susceptible de nous aider à conduire notre réflexion.</p> <p>Un groupe de travail a été défini comportant des professionnels intervenant dans la prise en charge des suicidants à des temps et des niveaux différents : urgentistes, psychiatres, pédopsychiatre, infirmiers polyvalents, infirmiers psychiatriques, assistante sociale, etc., mais aussi médecin DIM, président de la CME et un coordonnateur.</p> <p>L'audit en lui-même, réalisé à l'aide d'une grille de 15 critères opérationnels issus des recommandations de l'Anaes « Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide » (novembre 1998), a consisté en une première auto-évaluation prospective sur 2 mois concernant 30 patients consécutifs âgés de 15 à 35 ans admis aux urgences pour tentative de suicide. Les résultats ont ensuite fait l'objet d'une analyse critique par le groupe de travail avec élaboration de propositions d'amélioration pour les écarts relevés et diffusion de celles-ci.</p> <p>À partir des résultats de la 1^{re} auto-évaluation, nous pouvons constater :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ une évaluation quasi exclusivement médicopsychiatrique de la problématique suicidante avec une prise en charge somatique et psychiatrique plutôt conforme aux recommandations, mais un défaut massif de recours à l'évaluation sociale (16,6 %) ; ▫ un <u>abord très hospitalocentrique</u> de la question avec des écarts sensibles pour les critères concernant l'aménagement de la sortie et son suivi : <ul style="list-style-type: none"> - peu de contacts préalables à la sortie avec les interlocuteurs extérieurs : 20 %, - prise de rendez-vous spécialisé avant la sortie : 43 %, - information sur le devenir de ces patients après la sortie : 33 %.
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.	

46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.	« Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide » (Anaes : novembre 1998).
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.	<p>Les propositions d'amélioration en réponse aux résultats obtenus ont été, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ l'évaluation sociale systématique pour les adolescents et au cas par cas pour les adultes ; ▫ l'élaboration d'une fiche de liaison sociale ; ▫ l'instauration d'un cahier tenu par l'infirmier des urgences prenant en charge le patient permettant de consigner dates et lieu des rendez-vous spécialisés programmés au moment de la sortie ; ▫ le principe retenu de l'envoi d'un courrier, émanant de l'équipe des urgences, au patient ne s'étant pas rendu au rendez-vous prévu, rappelant la disponibilité de cette équipe et l'inscrivant ainsi dans la continuité du lien amorcé lors de l'hospitalisation, de façon personnalisée. <p>Au terme de ce travail d'élaboration, s'est engagée la phase de diffusion des propositions. Le rapport de cette 1^{re} étape a d'abord fait l'objet d'une discussion au sein du collège des psychiatres afin d'en valider les conclusions et d'espérer une harmonisation des pratiques.</p> <p>Il a ensuite été présenté à l'ensemble de l'équipe du SAU. L'engagement actif du président de la C.M.E dans cette démarche a été déterminant pour l'inscrire dans une dimension plus globalement institutionnelle avec présentation en CME, puis organisation d'une réunion de FMC interne sur le thème de la « prise en charge des suicidants ». L'administration était par ailleurs interpellée dans le cadre de l'élaboration alors en cours du projet de contrat d'objectifs et de moyens.</p>
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.	<p>Les résultats de la réévaluation réalisée un an plus tard selon les mêmes modalités nous ont permis de constater la mise en œuvre des actions d'amélioration avec, en particulier, une diminution sensible des écarts concernant l'évaluation sociale, l'aménagement de la sortie et le suivi de celle-ci.</p> <p>Au plan des résultats, ces actions ont eu un impact important avec une augmentation des sorties directes après hospitalisation sur l'UHCD des urgences (60,7 % contre 40,7 % au 1^{er} tour) associée à la réalisation de rendez-vous précoces dans les 48 à 72 heures avec le psychiatre des urgences.</p> <p>Et surtout, en 2003, le SAU a pris en charge 330 tentatives de suicide avec un taux de récurrence sur l'année de seulement 7,57 %.</p>
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.	<p>Les résultats de l'établissement de 2003 (7,57 %) concernant les taux de récurrence dans la 1^{re} année ont été comparés aux résultats du baromètre de santé en 1999 publié par la DRESS (34 %) et d'une enquête Inserm (56 %).</p>

Exemple de réponse à la référence 46 – Prise en charge des tentatives de suicide – (Hocquelliet, 2005)

Chapitre 4 – La visite et le rapport d'accréditation

I. La préparation de la visite et l'auto-évaluation²

La préparation de l'accréditation pour l'évaluation des pratiques professionnelles comporte un temps de conduite des projets et un temps de synthèse. Ce dernier permet la rédaction de l'auto-évaluation transmise à la HAS.

L'établissement détermine les actions d'EPP qu'il va utiliser pour répondre aux exigences de l'accréditation. Douze mois avant la visite, l'établissement fait part à la HAS dans le volet méthodologique de ces actions en indiquant l'intitulé et les critères de choix. Le chef de projet s'assure que le nombre des actions correspond au nombre de sujet prévu. Le chef de projet est l'interlocuteur pour répondre aux questions relatives à ces références. Il peut rappeler les principes de l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que les modalités de choix préconisées par la HAS.

Dans un premier temps, sont conduits les projets d'EPP par des groupes de travail *ad hoc*, ces projets pouvant avoir débuté soit préalablement à la préparation de l'accréditation du fait d'une dynamique antérieure, soit dans la phase précédant la visite pour répondre aux exigences de l'accréditation. Les établissements pourront d'autant mieux démontrer l'amélioration des pratiques induite par l'évaluation que celle-ci sera suffisamment ancienne.

Dans un deuxième temps, durant la phase d'auto-évaluation, un groupe de synthèse est constitué. Ce groupe se compose de représentants institutionnels et de personnes émanant des groupes de travail. Sa composition est multiprofessionnelle, multicatégorielle, transversale et représentera l'ensemble des prises en charge (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et santé mentale, soins de longue durée, soins de suite et de réadaptation, HAD) de l'établissement.

Les missions de ce groupe sont la synthèse des travaux des groupes de travail, la coordination de la rédaction des grilles d'auto-évaluation, la préparation de la visite et la rencontre des experts-visiteurs.

La HAS pourra proposer à l'établissement de fournir des informations complémentaires sur certains projets. Ces éléments pourront être le support d'un partage d'expériences entre les établissements, sous réserve de l'accord de l'établissement.

Il importe de rappeler que les informations fournies par l'établissement dans le cadre de l'auto-évaluation, dont certaines intéressent la qualité de la pratique, ont le statut de document de travail et ne peuvent être communiquées, comme le stipule l'article 7 de la loi 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. Cette disposition a pour objectif de favoriser la transparence des établissements vis-à-vis de la HAS, et est une condition de la réalisation d'une évaluation sincère au sein des établissements.

² Voir également le guide *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation*.

II. La visite d'accréditation

La visite d'accréditation a pour but de mesurer le niveau de qualité atteint sur les références et critères.

Conformément aux objectifs de la deuxième procédure d'accréditation, les experts-visiteurs s'attacheront à apprécier la qualité des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, la dynamique d'amélioration et les résultats obtenus, mais non la qualité des pratiques professionnelles sous-jacentes elles-mêmes.

C'est ainsi que pour la référence 44, sera évaluée la qualité de l'action menée pour améliorer la pertinence et non le taux de pertinence mesuré. De même, c'est la qualité de l'action et non le taux de pertinence qui fera l'objet de la cotation.

Les modalités d'évaluation de la qualité de la démarche comportent l'analyse des documents d'auto-évaluation et des documents fournis sur les projets, la rencontre du groupe de synthèse EPP. En complément, des personnes pourront être rencontrées individuellement ou au cours de la visite de secteurs d'activité.

II.1 La consultation documentaire

Plusieurs documents permettront d'analyser la situation de l'établissement, permettant aux experts-visiteurs d'évaluer :

- la dynamique institutionnelle de l'établissement, en consultant par exemple le projet d'établissement ou les orientations stratégiques, les comptes rendus d'instances (CA, CME, comité de pilotage qualité), le programme qualité, le plan de formation et les documents de communication sur l'EPP ;
- les projets d'EPP réalisés par l'établissement, en consultant les documents issus des projets : document présentant le projet, comptes rendus de réunion, états d'avancement, résultats obtenus, synthèses, communication des résultats.

II.2 Les rencontres individuelles des professionnels

Les professionnels pourront être rencontrés soit lors de rencontres programmées, soit de façon inopinée pendant la visite des secteurs d'activité au cours des « parcours patient ».

La rencontre des professionnels à un niveau institutionnel, ou pendant la visite des secteurs d'activité, permettra d'apprécier la politique institutionnelle et les conséquences en termes d'amélioration des pratiques des différentes démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.

Pourront être rencontrés :

- le directeur ;
- le directeur des soins ;
- le président de la CME ;
- le responsable qualité ou les membres de la structure qualité ;
- les membres du comité de pilotage qualité ;

- les responsables de service ;
- les chefs de projets des différents projets d'évaluation et le groupe de travail ;
- les professionnels des secteurs d'activité cliniques et médicotechniques ;
- le responsable de l'information médicale.

II.3 Les rencontres de groupe

Les experts-visiteurs rencontreront le groupe de synthèse EPP.

Au cours de cette rencontre, l'établissement présentera la démarche institutionnelle, et les projets d'EPP réalisés en précisant les thèmes d'évaluation et en justifiant de leurs choix, des méthodes utilisées, des résultats et perspectives en matière d'amélioration continue de la qualité.

Cette rencontre permettra d'apprécier l'engagement des différents responsables, l'implication des différents professionnels, la qualité du projet, la dynamique d'amélioration des pratiques.

III. Le rapport d'accréditation et l'EPP

Au plan institutionnel, les constats des experts-visiteurs concerneront la politique d'EPP mise en place.

Au niveau des projets d'EPP mis en œuvre, ces constats traduiront la qualité de la méthodologie d'évaluation des pratiques professionnelles, la dynamique d'amélioration des pratiques et l'obtention d'amélioration.

En revanche et conformément aux objectifs de la deuxième procédure d'accréditation, le rapport ne portera pas de jugement sur le niveau de qualité des pratiques professionnelles étudiées elles-mêmes.

Ainsi, le taux de pertinence des soins mesuré, la nature des événements sentinelles* ou des événements indésirables graves* analysée, les mesures de la qualité de la pratique, mentionnées dans l'auto-évaluation ou constatées au cours de la visite sont confidentiels et ne seront pas transcrits dans le rapport d'accréditation.

Glossaire

Acte à risque : acte associé à un risque significatif et dont la réalisation par conséquent n'est acceptable que si le bénéfice attendu pour le patient le justifie.

Amélioration continue de la qualité : partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité. L'adjectif « continu » est utilisé pour indiquer que l'amélioration est régulière. L'organisme recherche activement des opportunités d'amélioration et les concrétise.

Audit : processus méthodique, indépendant et documenté permettant d'obtenir des preuves d'audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audit sont satisfaits.

Audit clinique : méthode d'amélioration de la qualité où la pratique du professionnel est comparée à un ensemble de critères.

Critère de qualité : signe admis par le plus grand nombre permettant de porter un jugement valide sur la conformité de la pratique évaluée. Il comporte un intitulé, un ou plusieurs éléments mesurables, une valeur cible et une instruction pour la saisie des données.

Efficiences : rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées.

Équipe médicale : équipe réalisant la prise en charge du patient ; elle est composée de médecins, infirmiers, autres professions médicales et paramédicales.

Évaluation des pratiques professionnelles : démarche qui vise à l'analyse d'une pratique professionnelle ou d'une activité en référence à des recommandations professionnelles selon une démarche explicite comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration.

Événement indésirable : situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il existe plusieurs types d'événements indésirables : les dysfonctionnements (non-conformité, anomalie, défaut), les incidents, les événements sentinelles, les précurseurs, les presque accidents, les accidents (Anaes 2003).

Événement indésirable évitable : événement qui ne serait pas survenu si les soins ou leur environnement avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante.

Événement indésirable grave : tout événement indésirable à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap (directive 2000/38/CE de la Commission européenne du 5 juin 2000, modifiant le chapitre Vbis – pharmacovigilance).

Événement sentinelle : occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée (Anaes 2003).

Niveau de preuve scientifique : gradation standardisée de la validité scientifique d'une étude, établie en fonction de la qualité de la méthodologie et de sa réalisation, de l'analyse de ses résultats et de la pertinence de ses conclusions.

Pertinence des soins (revue de...) : méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des durées d'hospitalisation aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle vise à établir, dans la gestion d'un système de soins, un équilibre entre les besoins particuliers d'un patient et les ressources disponibles (Anaes 2000).

Presque accident : situation qui aurait conduit à l'accident si des conditions favorables n'avaient pas permis de l'éviter.

Procédure : manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus (ISO 9000 : 2000).

Processus : ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie (ISO 9000 : 2000).

Protocole : descriptif de techniques à appliquer et/ou de consignes à observer.

Qualité des soins : niveau auquel parviennent les organisations de santé, en termes d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations, et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles.

Recommandations de bonne pratique (ou recommandations professionnelles) : propositions développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins le plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Elles sont produites par les agences sanitaires, les sociétés savantes et associations professionnelles, etc. Les différentes méthodes de leur élaboration sont actuellement les recommandations pour la pratique clinique (RPC), la conférence de consensus et le consensus formalisé d'experts. La base française d'évaluation en santé (BFES), mise en place et gérée par la HAS (<http://bfes.has-sante.fr>), vise notamment à réunir en une base unique toutes les recommandations professionnelles françaises les plus récentes.

Référentiel : ensemble de critères mesurables de la prise en charge des patients qui témoignent de manière prouvée ou consensuelle de la qualité de la prise en charge et permettent d'en mesurer l'amélioration.

Revue de mortalité-morbidité : outil d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de formation des professionnels, consistant en un moment d'analyse collective des cas dont la prise en charge a été marquée par un résultat défavorable (décès du patient ou survenue d'une complication) (Anaes, à paraître).

Risque : situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou de plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine (Anaes 2003).

Remerciements

Ce document a été réalisé par un groupe de travail composé de :

M. le Dr Philippe CABARROT, adjoint au chef du service évaluation des pratiques professionnelles, DACEP ;

Mme Marie ERBAULT, chef de projet, service innovation et qualité de l'information médicale, DII ;

Mme Sylvie LAOT-CABON, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DACEP ;

M. le Dr Thierry LAVERGNE, adjoint au chef du service accréditation des établissements de santé, DACEP ;

M. le Dr Vincent MOUNIC, conseiller technique auprès du directeur de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, DACEP ;

M. Hervé NABARETTE, chef de projet, service innovation et qualité de l'information médicale, DII ;

Mme le Dr Isabelle RULLON, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DACEP ;

Mme le Dr Nikita de VERNEJOUL, chargée de mission auprès du directeur des bonnes pratiques et prise en charge, DBPPC ;

M. le Dr Bertrand XERRI, chef du service innovation et qualité de l'information médicale, DII ;

sous la coordination du Dr Vincent MOUNIC, conseiller technique et de M. Philippe BURNEL, directeur de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, DACEP.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, sous la direction de Mme Frédérique PAGÈS, responsable du service documentation de la HAS, DII.

Le secrétariat a été réalisé par Mme Viviane CIEUTAT et Mme Sylvia DESNOYERS, DACEP.

Nous remercions :

◆ **Les membres du groupe de lecture externe**

M. le Dr Roland BOUET, médecin psychiatre, centre hospitalier Henri-Laborit, Poitiers.

Mme Patricia BURGAIN, directrice de soins infirmiers, Générale de santé, Paris.

M. Christian CAODURO, directeur, clinique Saint-Sauveur, Mulhouse.

Mme Marie-José DARMON, hôpital de Cimiez, service coordination des vigilances, Nice.

Mme Stéphanie DELARUE, chef de projet, BAQIMEHP, Paris.

Mme le Dr Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, médecin coordonnateur de la CRIQUE, centre hospitalier départemental de la Roche-sur-Yon.

Mme Claudine DROUIN, directrice des soins et de la qualité, responsable qualité, MEDIPSY, Rennes.

Mme Marie-Françoise DUMAY, chargée de la prévention gestion des risques, service accréditation-audit-qualité, hôpital Saint-Joseph, Paris.

M. le Dr Jean-François DÜRR, DIM, hôpital de Freyming Merlebach.

M. le Dr Etienne DUSEHU, médecin-médiator, centre hospitalier de Compiègne.

Mme Michèle ELLES, directrice du service qualité, centre hospitalier, Strasbourg.

M. le Pr Patrice FRANCOIS, médecin de santé publique, département de veille sanitaire, centre hospitalier universitaire, Grenoble.

M. Serge GAUBERT, directeur des soins, centre hospitalier, Rouffach.

M. le Dr Jacques GLIKMAN, psychiatre, centre médicopsychologique Tagore, Épinay-sur-Seine.

M. le Dr Michel GREHANT, médecin, cabinet cardiologique, Figeac.

Mme Claude GUELDRY, directrice, BAQIMEHP, Paris.

Mme le Dr Nathalie LAJZEROWICZ, responsable qualité, clinique mutualiste du Médoc, Lesparres-Médoc.

M. le Dr Georges MAGUEREZ, expert en management de la qualité en santé, Collonges-sur-Salève.

M. le Dr Philippe MICHEL, directeur médical, CCECQA, hôpital Xavier-Arnoz, Pessac.

M. le Dr Patrick NACHIN, directeur, REQUA, Besançon.

M. le Dr Jean-Paul ORTIZ, polyclinique Saint-Roch, service de néphrologie-hémodialyse, Cabestany.

M. le Dr Patrice PAPIN, orthopédiste, service de chirurgie orthopédique, centre hospitalier, Villefranche-sur-Saône.

M. René PAPON, centre hospitalier régional universitaire, direction des soins médicotехniques, Tours.

M. Le Dr Marie-Laure PIBAROT, adjointe du chef de la mission urgences risques sanitaires (MURS), direction de la politique médicale, APHP, Paris.

M. le Dr Jean-François QUARANTA, praticien hospitalier, coordination médicale des vigilances sanitaires et de la gestion des risques, cellule d'hémovigilance, centre hospitalier universitaire, hôpital Cimiez, Nice.

Mme Marie-José RAVINEAU, responsable qualité, direction de la qualité, centre hospitalier, Meaux.

M. Le Pr Jean-Louis TERRA, psychiatre, centre hospitalier spécialisé Le Vinatier, DIEM, Bron.

M. le Pr Alain VERGNENEGRE, chef de service, hôpital du Cluzeau, SIME, Limoges.

M. le Dr Patrick-Georges YAVORDIOS, anesthésiste, clinique Convert, Bourg-en-bresse.

♦ **Les membres du groupe de lecture de la HAS**

Mme le Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DACEP.

Mme Rose-Marie ANDRIEUX, chef de projet, mission formation, DACEP.

M. le Dr Bruno BALLY, chef de projet, service évaluation des pratiques professionnelles, DACEP.

M. le Dr Charles BRUNEAU, conseiller technique auprès du directeur de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, DACEP.

M. le Pr Jean-Michel CHABOT, chef du service évaluation des pratiques professionnelles, DACEP.

Mme Laetitia DE BELER, chargée de communication, direction information et innovation, service communication, DII.

Mme Rose DERENNE, chef de projet, mission formation, DACEP.

Mme le Dr Armelle DESPLANQUES, chef de projet, service évaluation des pratiques professionnelles, DACEP.

Mme le Dr Nathalie DHOYEN-RIOLACCI, chef de projet, service évaluation des pratiques professionnelles, DACEP.

Mme le Pr Isabelle DURAND-ZALESKI, directeur des bonnes pratiques et prise en charge, DBPPC.

M. le Pr Alain DUROCHER, conseiller technique auprès du directeur de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, DACEP.

Mme Dominique FERRÉOL, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DACEP.

Mme le Dr Christine GEFFRIER-D'ACREMONT, chef de projet, service recommandations professionnelles, DBPPC.

Mme le Dr Catherine GRENIER-SENNELIER, chargée de mission, COMPAQH.

Mme le Dr Marie-Claude HITTINGER, chef de projet, service ADL et accords conventionnels, DBPPC.

M. Philippe JOURDY, chef du service accréditation des établissements de santé, DACEP.

Mme le Dr Marielle LAFONT, responsable mission formation, DACEP.

Mme Michèle LENOIR-SALFATI, responsable mission formation, DACEP.

Mme le Dr Claudie LOCQUET, chef de projet, service évaluation des pratiques professionnelles, DACEP.

Mme le Dr Marina MARTINOWSKI, chef de projet, service évaluation des pratiques professionnelles, DACEP.

Mme le Dr Catherine MAYAULT, chef de projet, service évaluation des pratiques professionnelles, DACEP.

M. le Dr Roger PESCHAUD, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DACEP.

M. le Dr Jean PETIT, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DACEP.

Bibliographie

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel* 25 avril 1996.

Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. *Journal Officiel* 13 avril 2000.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel* 5 mars 2002

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal Officiel* 11 août 2004.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie. *Journal Officiel* 17 août 2004.

Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. *Journal Officiel* 15 avril 2005.

RÉFÉRENCES

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé – Deuxième procédure d'accréditation. Saint-Denis-la-Plaine : Anaes ; 2004.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Comprendre et expérimenter la Maîtrise statistique des processus en santé. Saint-Denis-la-Plaine : Anaes ; à paraître.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes Généraux. Paris : Anaes ; 2002.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Paris : Anaes ; 2000.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité : les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. Paris : Anaes ; 1999.
- Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. Paris : ANDEM ; 1994.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Le chemin clinique : une méthode d'amélioration de la qualité. Saint-Denis : Anaes ; à paraître.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris : Anaes ; 2000.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris : Anaes ; 2002.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Paris : Anaes ; 2003.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Revue de mortalité-morbidité. Saint-Denis-la-Plaine : Anaes ; à paraître.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Revue de pertinence des soins. Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. Saint-Denis-la-Plaine : Anaes ; à paraître.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles : base méthodologique pour leur réalisation en France. Saint-Denis-la-Plaine : Anaes ; 2004.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Paris : Anaes ; 2003.
- Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris : ANDEM ; 1996.
- Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to inpatient quality indicators. Rockville : AHRQ ; 2004.
- Agency for Healthcare Research and Quality. National healthcare quality report. Rockville : AHRQ ; 2003.
- Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. Curing health care : new strategies for quality improvement. A report on the National Demonstration Project on quality improvement in health care. San Francisco : Jossey Bass Publishers ; 1991.
- Briançon S, Girard F, Empereur F, Guillemin F. Évaluation des pratiques professionnelles. Rev Épidémiol Santé Publique 2000 ; 48 (6) : 541-50.
- Clinical Risk Unit, Association of Litigation and Risk Managers. A protocol for the investigation and analysis of clinical incidents. London : Clinical Risk Unit ; ALARM ; 1999.
- Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring : volume 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor : Health Administration Press ; 1980.
- Garnerin P, Schiffer E, van Gessel E, Clergue F. Root-cause analysis of an airway filter occlusion : a way to improve the reliability of the respiratory circuit. Br J Anaesth 2002 ; 89 (4) : 633-5.

- Giraud A. Évaluation médicale des soins hospitaliers. Paris : Économica ; 1992.
- Grimshaw G, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, *et al.* Effectiveness and efficiency of guidelines dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004 ; 8 (6).
- Guyatt GH, Meade MO, Jaeschke RZ, Cook DJ, Haynes RB. Practitioners of evidence based care. Not all clinicians need to appraise evidence from scratch but all need some skills. *BMJ* 2000 ; 320 (7240) : 954-5.
- Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. La compétence du clinicien à l'ère de la médecine fondée sur les niveaux de preuve et de la décision partagée avec les patients. *EBM J* 2003 ; 34 : 5-8.
- Hearnshaw H, Harker R, Cheater F, Baker R, Grimshaw G. A study of the methods used to select review criteria for clinical audit. *Health Technol Assess* 2002 ; 6 (1) : 1-78.
- Hocquellet B. Journées Régionales sur l'évaluation des pratiques professionnelles en établissements de santé. Toulouse, 12 août 2005.
- Institute for Healthcare Improvement. The breakthrough series. Boston : IHI ; 2003.
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thompson O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback : effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*. Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd ; 2004.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Root cause analysis in health care : tools and techniques, third edition. Oak Brook (IL) : Joint Commission Resources ; 2005.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Transitions : from QA to CQI. Using CQI approaches to monitor, evaluate and improve quality. Oak Brook (IL) : JCAHO ; 1991.
- Kmieciak le Corguillé M, Gaudric M, Sogni P, Roche H, Brézault C, Dieumegard B, *et al.* Appropriateness of colonoscopy in a gastrointestinal unit in 2001: a prospective study using criteria established by a European panel of experts. *Gastroenterol Clin Biol* 2003 ; 27 : 213-8.
- Letonturier R, Debourse J, Thiollière F, Combes R, Vader JP, Burnand B, *et al.* Evaluer la spécificité d'un centre hospitalo-universitaire. Exemple du recours à la colonoscopie (enquête EPAGE). *Presse Méd* 2004 ; 33 (4) : 241-6.
- Matillon Y, Durieux P. L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. Paris : Masson ; 2000.
- McCull A, Smith H, White P, Field J. General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine : a questionnaire survey. *BMJ* 1998 ; 316 : 361-6.
- Mounic V, Homs JB, Ledeon V, Hamlin P, Loriferne JF. Programme d'amélioration de la qualité en sécurité transfusionnelle. L'expérience de l'hôpital Sainte-Camille. *Transfus Clin Biol* 1997 ; 4 : 485-91.
- National Institute for Clinical Excellence. Principles for best practice in clinical audit. London : Radcliffe Medical Press ; 2002.
- Nelson E, Nolan T, Long D, Jarman B. IHI's health system measures kit : version 1.0. Pursuing perfection & impact network. Boston : Institute for Healthcare Improvement ; 2004.
- NHS executive. Quality and performance in the NHS : clinical indicators. London : NHS executive ; 1999.
- Nicollier-Fahrni A, Vader JP, Froehlich F, F Gonvers JJ, Caborn D. Development of appropriateness criteria for colonoscopy : comparison between a standardized expert panel and an evidence-based medicine approach. *Int J Qual Health Care* 2003 ; 15:15-22.
- Ray-Coquard I, Philip T, de Laroche G, Froger X, Suchaud JP, Voloch A, *et al.* A controlled "before-after" study : impact of a clinical guidelines programme and regional cancer network organization on medical practice. *Br J Cancer* 2002 ; 86 (3) : 313-21.
- Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Van Eijk THM, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community setting (Cochrane review). *The Cochrane Library* 2004 ; Issue 4.
- Sackett DL, Haynes RB. de la nécessité d'une médecine basée sur des faits prouvés. *EBM J* 1996 ; 5-6.

- Sackett DL. Recommandations de pratique : critères d'applicabilité et motifs de rejet. *EBM J* 2000 ; 23:3-5.
- Sailly JC, Amouretti M, Lebrun L. L'évaluation en matière de santé : des concepts à la pratique. Paris : Société Française d'Évaluation des Soins et des Technologies (SOFESTEC), Centre de Recherches Economiques Sociologiques et de Gestion (CRESGE) ; 2004.
- Santos PD, Hartman FA, Irving SS, Merchant S, Meisner b, Farrelly EM, *et al.* The impact of implementing community-acquired pneumonia guidelines in a rural hospital. *P&T* 2004 ; 29 (1) : 42-7.
- Shiffman RN, Liaw Y, Brandt CA, Corb GJ. Computer-based guideline implementation systems : a sytematic review of functionality and effectiveness. *J Am Med Inform* 1999 ; 6 (2) : 104-14.
- The Commonwealth Fund. Hospital quality : ingredients for success. Overview and lessons learned. New York : The Commonwealth Fund ; 2004.
- Thilly N, Briancon S, Zannad F. L'évaluation médicamenteuse de l'insuffisance cardiaque. Paris : Ministère de la santé ; 1998.
- Thilly Pharm N, Briancon S, Juilliere Y, Dufay E, Zannad F. Improving ACE inhibitor use in patients hospitalized with systolic heart failure : a cluster randomized controlled trial of clinical practice guideline development and use. *J Eval Clin Pract* 2003 ; 9 (3) : 373-82.
- Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strang P, *et al.* How to investigate and analyse clinical incidents : clinical risk unit and association of litigation and risk management protol. *BMJ* 2000 ; 320 : 777-81.
- World Health Organization. What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? Copenhagen : WHO-Europe ; 2003.