



TUBE DIGESTIF ET PANCRÉAS

De l'obligation de l'évaluation des pratiques professionnelles et de sa mise en œuvre en hépato-gastroentérologie

POINT
DE VUE

Philippe CABARROT (1), Etienne DORVAL (2), Jean-Michel CHABOT (1).

(1) Service Evaluation des Pratiques — Haute Autorité de Santé, (2) Gastroentérologie, CHU Trousseau, Tours.

« *Quality is never an accident; it is always the result of an intelligent effort.* » John Ruskin, essayiste Anglais (1819-1900)

Comme le rappelait un éditorial récemment publié dans ce même journal [1], les gastro-entérologues français commençaient déjà, en 1992, à parler d'évaluation des pratiques [2]. Le Livre Blanc de la profession précisait, dès 2001, que l'un des objectifs majeurs de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE) et de ses filiales était de contribuer à ce que les pratiques de soins assurent aux malades atteints de maladies de l'appareil digestif et du foie, le meilleur résultat possible et à ce titre, un chapitre rapportait les modalités d'engagement de la discipline en matière d'évaluation de la qualité et des pratiques [3].

Plus récemment, l'évaluation des pratiques professionnelles ou EPP a été rendue obligatoire par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [4] et ce, pour tous les médecins quel que soit leur statut ou leur mode d'exercice. Le décret du 14 avril 2005 [5] en précise les modalités et souligne que le but de l'évaluation des pratiques professionnelles est l'amélioration continue de la qualité des soins et du service médical rendu.

Dans le contexte contraint actuel, il nous est apparu essentiel de préciser, au-delà du dispositif réglementaire, les enjeux et modalités de l'EPP telle que l'a conçue la Haute Autorité de santé (HAS) qui a succédé à l'Anaes [4].

Une définition de l'EPP « ouverte »

« *L'évaluation des pratiques professionnelles consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques* » est la définition insérée au Code de Santé Publique par le décret EPP précédemment cité [5].

Au-delà, la finalité n'est pas bien sûr l'évaluation des pratiques qui n'est qu'un moyen et une étape, mais l'amélioration de ces pratiques. C'est pourquoi la HAS, depuis son installation en janvier 2005, développe son message aux médecins et plus largement aux soignants sur les deux points suivants :

— L'évaluation des pratiques que la HAS souhaite organiser en partenariat avec les professionnels doit être le plus possible

intégrée (et non pas surajoutée) à l'exercice clinique. Ainsi, il doit devenir de plus en plus routinier pour des équipes médicales d'analyser les données de leur pratique. De ce point de vue, l'objectif n'est pas tant de promouvoir des méthodes d'évaluation que d'organiser des modalités d'exercice clinique qui portent en elles-mêmes leur volet d'évaluation ;

— Cette évaluation a une finalité formative (se rapprochant du « *formative assessment* » des anglo-saxons) et non pas sanctionnante. Cela signifie que l'EPP est bien davantage un appel (légal) aux médecins pour qu'ils s'engagent dans une dynamique d'amélioration des pratiques qu'une procédure par laquelle ces pratiques se verraient à échéance régulière « vérifiées ».

Des modalités d'EPP simples et diversifiées

Dans un souci de clarté, nous vous présenterons, selon un plan analytique, différentes approches décrites plus précisément par ailleurs [6, 7] et surtout des illustrations issues de la « vraie vie ». À ce stade, il est utile de rappeler que toutes ces méthodes ont en commun de permettre l'analyse des pratiques médicales par rapport à des recommandations (de bonne pratique).

Dès lors qu'un enjeu d'amélioration est identifié, toute démarche ou programme mettant en relation les pratiques et les références correspondantes et permettant de mesurer d'apprécier les résultats obtenus, est une démarche d'EPP.

1. Approche par comparaison

AUDIT CLINIQUE

L'audit clinique [8, 9] est la méthode d'EPP la plus utilisée. En pratique, il s'agit de comparer la pratique réelle à un référentiel établi à partir de références scientifiques validées. L'audit clinique est donc une méthode simple à appréhender dans son concept et permettant une comparaison avec les recommandations de bonne pratique, puis et c'est le but recherché, leur mise en œuvre. La méthode de l'audit peut toutefois s'avérer lourde à appliquer et il est recommandé de limiter le nombre des critères afin de ne pas épuiser la dynamique dans la partie uniquement de saisie et d'analyse des données.

C'est ce qui a conduit la HAS à développer une méthode simplifiée : l'audit clinique ciblé [10] portant sur un segment du processus — un programme de 27 ACC sur 8 thèmes est proposé sur CD-Rom [11].

Un certain nombre d'équipes utilisent, de manière régulière, l'audit clinique. Ainsi, Denis et al. ont publié l'audit interne qu'ils ont effectué sur 500 endoscopies successives réalisées dans l'unité d'endoscopie digestive des hôpitaux civils de Colmar [12]. L'équipe a analysé ses pratiques par rapport à un référentiel comportant 62 critères portant à la fois sur les processus (pertinence de l'indication de la coloscopie, modalités de réalisation...) et les résultats (en terme de rendement diagnostique et thérapeutique et aussi de morbi-mortalité induite), une enquête de satisfaction a également été réalisée.

Les sociétés professionnelles d'hépatogastroentérologie (SNFGE, SFED, CREGG, FMC-HGE), en collaboration avec la HAS et sous la coordination de Gérard Schenowitz, ont élaboré trois « référentiels d'auto-évaluation des pratiques professionnelles » [13]. Il s'agit de grilles d'auto-évaluation simples et prêtes à l'emploi permettant aux professionnels libéraux de rentrer dans la démarche d'évaluation.

REVUES DE PERTINENCE

L'évaluation de la pertinence, c'est-à-dire de l'adéquation aux besoins des malades des indications d'hospitalisation, des durées de séjour, des actes et prescriptions permet d'évaluer la qualité des soins, notamment sur les plans sécurité et coût. La pertinence est évaluée en renseignant une grille de critères spécifiques. Ces critères permettent de porter un jugement sur le caractère justifié ou non de la séquence de soins étudiée. La particularité est que l'évaluation pour chaque malade s'arrête — à la différence de l'audit — 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. Ainsi, l'étude de la pertinence des journées d'hospitalisation dans un service de gastro-entérologie et de médecine interne [14] — soit 2 151 journées d'hospitalisation pour 220 malades, a permis l'analyse des causes de non-pertinence et l'identification de pistes d'amélioration.

Avec cette approche, on peut aussi étudier la pertinence des examens complémentaires. Ainsi, l'équipe de gastro-entérologie de Cochin [16] a étudié la pertinence des indications de la coloscopie au moyen d'un score de pertinence (de 1 à 9) élaboré par un panel d'experts européens [15] — cet outil qui est en accès libre (en langue anglaise) sur Internet [16], permet en quelques « clics de souris » de calculer très rapidement le score de pertinence (1-3 : non pertinent, 4-6 : pertinence incertaine, 7-9 : pertinent) de 7 situations cliniques dans laquelle peuvent être indiquées une endoscopie digestive haute et 12 pour la coloscopie.

2. Approche par processus

En santé comme dans les autres secteurs de l'activité économique, l'approche processus s'impose progressivement — c'est cette philosophie qui a irrigué la mutation, en 2000, de la fameuse certification ISO 9001. Cette approche transversale part du principe très simple que toute activité médicale est reliée à d'autres activités au sein d'un processus permettant de réaliser des soins de manière continue, coordonnée et efficace. Le but, au-delà de la description et de l'analyse de nos activités, est bien sûr de mettre ces fameux processus sous contrôle, c'est-à-dire de les sécuriser prenant en compte l'état de l'art.

MÉTHODE D'ANALYSE ET D'AMÉLIORATION DES PROCESSUS

Cette approche « systémique » permet l'analyse globale, puis séquentielle des tâches et activités qui concourent au déroulement du processus mettant en évidence en particulier les interfaces organisationnelles souvent sources de dysfonctionnements [17].

Ce type d'approche est particulièrement adapté aux processus invasifs, ainsi le processus endoscopique — activité pour laquelle différentes catégories de professionnels outre le gastro-entérologue, travaillent successivement ou en parallèle autour du malade. De même, la mise en assurance qualité des activités de décontamination des endoscopes est le plus souvent réalisée selon ce modèle. De nombreuses équipes la mettent déjà en œuvre de manière plus ou moins explicite.

L'expérience des collègues niçois dans le cadre du réseau ONCAZUR [18] est un exemple très complet d'EPP par processus, déroulant la prise en charge des cancers colo-rectaux depuis le diagnostic jusqu'à la surveillance post thérapeutique.

CHEMIN CLINIQUE

Cette approche consiste à planifier les différentes étapes de la prise en charge sur un document qui s'intègre au dossier malade (permettant ainsi de comparer les soins réalisés avec ceux planifiés), précisant qui fait quoi, à quel moment et comment, l'objectif étant de diminuer la variabilité non justifiée des pratiques.

Les pays anglo-saxons privilégient cette approche pour la mise en œuvre des recommandations. Ainsi, des *clinical pathways* (ou *integrated care pathways*) sont mis en œuvre depuis de nombreuses années. On pourra trouver des exemples très pragmatiques consacrés à la gastro-entérologie mis à disposition sur le site Internet du NHS britannique [19], tels le *gastroscopy care pathway* du Royal Berkshire and Battle ou encore l'*ERCP Integrated Care Pathway of South Manchester University Hospital* — bien évidemment, c'est le type même d'outil que l'on doit adapter à sa pratique.

En France, certains réseaux de cancérologie, tel ONCOR [20] développent cette approche avec l'élaboration de thésaurus de prise en charge à partir des Standards Options Recommandations de la FNCLCC et ce dans le but de favoriser la mise en œuvre des recommandations de pratiques cliniques, d'apporter une aide à la décision médicale en temps réel et de limiter la variabilité des pratiques professionnelles.

3. Approche par problèmes

REVUE DE MORBI-MORTALITÉ

La Revue de Mortalité Morbidité (RMM) a pour objectif l'identification et l'analyse d'événements graves ayant entraîné mortalité ou morbidité. Ces analyses se font dans le cadre de réunions spécialement dédiées, au cours desquelles le cas clinique est présenté, puis discuté par l'équipe en lien avec les données actualisées de la science. Lorsqu'il apparaît que la survenue de l'événement était potentiellement évitable, le groupe doit rechercher les actions à mettre en place pour éviter que cela ne se reproduise.

Cette approche très utilisée par les équipes nord américaines, commence à se développer en France. L'équipe de Colmar a récemment publié son expérience en matière de RMM dans une unité hospitalière d'endoscopie digestive [21]. Ainsi, ont été enregistrées, de manière prospective, 77 complications à l'occasion des 11 744 endoscopies réalisées en deux années, le plus intéressant étant bien sûr l'analyse des causes racines et les différentes mesures correctrices prises (les 7 mesures prises concernaient 52 % des complications qualifiées d'évitables).

SIGNALEMENT D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

Certains établissements mettent en œuvre un dispositif de gestion des risques basé sur le signalement d'événements indésirables dont l'analyse permet la mise en œuvre d'actions d'amélioration de type préventif ou curatif.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3291418>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3291418>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)