

SÉANCE PLÉNIÈRE 1

Indicateurs de la prévention et de la lutte contre l'infection associée aux soins. Evaluation des pratiques professionnelles en hygiène

PLO1 - EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, INFECTIONS NOSOCOMIALES & HYGIENE

PR JACQUES FABRY

(Lyon)

« L'incapacité à s'améliorer est la seule maladie mortelle » disait RW Emerson en 1922. Cette remarque fut en son temps révolutionnaire. Elle a fait son chemin : l'idée d'une amélioration continue des pratiques irrigue maintenant de nombreux secteurs professionnels. Les professions de santé n'y ont pas échappé : elles figurent plutôt en bonne place parmi celles qui portent une attention réelle, à défaut d'être généralisée, à la qualité de ses pratiques. Les dispositifs d'évaluation ont été développés pour cela : fonder une « capacité à s'améliorer ». Ce devrait être leur seule justification, alors qu'ils sont quelque fois confondus avec des procédures technocratiques de contrôle, de financement, voire de sanctions.

Nous rappellerons ce qu'est aujourd'hui l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et comment elle est organisée. En effet, en s'appuyant sur plusieurs dispositifs concernant la profession médicale et la gestion des établissements de santé, a été conçue une démarche formalisée et systématique visant à (1) l'identification des écarts par rapport à une pratique de soins considérée collectivement comme optimale, (2) la conception et la mise en œuvre des mesures correctives, (3) et la réalisation d'un suivi afin de s'assurer que les mesures correctives sont effectives. Pourquoi avoir systématisé et officialisé cette démarche ? Les raisons sont sans doute nombreuses et interdépendantes : un besoin d'harmonisation des pratiques de soins et d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ; un besoin de réduction des « prises de risques » dans un contexte de réorganisation, d'optimisation et de mise en compétition des acteurs de santé ; et sans doute pour une bonne part une réponse aux exigences croissantes des usagers du système de santé en termes de sécurité, de qualité et d'efficacité.

Le dispositif actuel français est assez avancé. Toutefois il est complexe et même difficile à maîtriser pour des hospitaliers « ordinaires » qui n'auraient pas suivi de formation avancée en sciences politiques... Il associe en effet plusieurs logiques :

– Celle de l'EPP d'établissement, intégrée à la procédure de certification V2, elle-même en constante évolution et englobant l'ensemble du fonctionnement d'un établissement de santé.

Dans ce cadre, trois références structurent l'effort des établissements en matière d'analyse de la Pertinence des soins (Réf. 44), de maîtrise des Risques (Réf. 45), et de capacité d'Évaluation interne (Réf. 46). Préalablement, l'établissement aura réalisé une auto-évaluation en utilisant entre autres des références en relation avec les risques infectieux : Réf. 16 : *Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place.* Réf. 18 : *La gestion des risques, hors infrastructure et équipements, est assurée.*

- Celle de l'EPP individuelle (qui concerne aujourd'hui encore les seuls médecins), obligation qui s'inscrit dans la *Formation Médicale Continue* qui elle-même comprend l'actualisation des connaissances et l'évaluation des pratiques. Rapidement les autres professions de santé seront concernées du fait de leurs obligations de formation continue (*Loi du 09/08/04*) : chirurgiens-dentistes (L4143-1, CSP), sages-femmes (L4153-1, CSP), infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, pédicures-podologues, orthoptistes, orthophonistes, diététiciens, prothésistes, orthésistes, opticiens, lunetiers, audioprothésistes (L4382-1, CSP), pharmaciens (L6155-1, L4236-1, L4222-7, CSP), manipulateurs d'électroradiologie (L4382-1, CSP), préparateurs en pharmacie (L4242-1, CSP). Ces démarches professionnelles sont en cours d'organisation en gardant à l'esprit qu'il s'agit bien « ...d'amélioration continue de la qualité, connectée à la pratique et qui ne doit pas faire peser de formalités administratives supplémentaires sur les professionnels... » HAS, *Rapport d'activité au Parlement et au Gouvernement, 1/07/2005.*
- Celle de l'accréditation des pratiques à risques, démarche volontaire à l'issue d'une procédure spécifique de déclaration des événements porteurs de risques médicaux et de mise en œuvre de recommandations professionnelles visant à les prévenir. Les médecins participants (et peut-être demain les équipes participantes) satisferont *ipso facto* leur obligation d'EPP individuelle et contribueront à la certification de leur établissement.

Aujourd'hui, on cherche à créer des synergies, des passerelles entre ces trois options : des démarches d'EPP individuelles sont impulsées par la certification V2 Etablissement ; réciproquement, des programmes EPP individuelles (réalisés souvent en équipe) sont présentés lors de la procédure de certification de l'établissement. Mais à l'avenir, simplification et mise en cohérence sont souhaitées en accord avec l'une des « leçons » de Donald M. Berwick (*Lessons from developing nations on improving health care - BMJ 2004*) : « *Complexity is waste* ». Il faut simplifier ; l'amélioration de la qualité n'a pas vocation à être compliquée. Or l'organisation interne de l'EPP médicale est devenue complexe : rôle de la FMC ? rôle de la CME ? rôle de la s/s Commission EPP de la CME ? rôle des pôles d'activité médicale ? liens avec les indicateurs produits par les établissements ? Etc. Les bases méthodologiques de l'EPP sont rappelées, et d'abord son caractère ponctuel ou continu, individuel ou collectif, les objectifs visés, le choix parmi les méthodes possibles, l'importance des recommandations utilisées, la gestion de la confidentialité des évaluations, l'acceptabilité, la faisabilité et la validité des actions d'EPP. Des exemples illustrent les principaux « design » méthodologiques, comme le chemin clinique, le suivi des indicateurs, la revue de mortalité morbidité RMM, la revue de pertinence des soins, les réunions de concertation pluridisciplinaires, les Staff-EPP, les audits cliniques ciblés et les audits. Dans tous les cas, il faut comprendre les écarts et analyser leurs

causes en utilisant certains outils de travail (analyse systématique, résolution de problème, QQQQCP, diagramme cause effet, approche processus, etc.) et beaucoup de bon sens. Tout ceci n'est guère éloigné des pratiques habituelles des hygiénistes lorsqu'ils évaluent un soin ou cherchent à comprendre et maîtriser un risque.

Certaines méthodes sont même particulièrement adaptées à la gestion des risques en général, et à celle des risques infectieux en particulier. Elles sont décrites et illustrées d'exemples vécus par les équipes d'hygiène de la région Rhône-Alpes :

- L'audit clinique (2 tours), méthode la plus souvent choisie pour traiter de risques infectieux.
- Les méthodes d'analyse et d'amélioration d'un processus et les chemins cliniques.
- Les revues de mortalité - morbidité.
- Le suivi d'indicateurs.

Notre hypothèse est que ces quatre méthodes vont faire rapidement partie de la boîte à outils de l'hygiéniste. A côté des approches plus habituelles de surveillance, d'investigation et de prévention, elles vont devenir incontournables pour les équipes d'hygiène et permettre d'intégrer davantage l'ensemble des professionnels hospitaliers dans les enjeux de sécurité des patients. D'abord le corps médical, ensuite l'ensemble des autres professions de santé.