



Hôpitaux de Lyon

CHU de Lyon
votre santé, notre engagement

De l'EPP des médecins au DPC des professionnels de santé

Hélène Favre

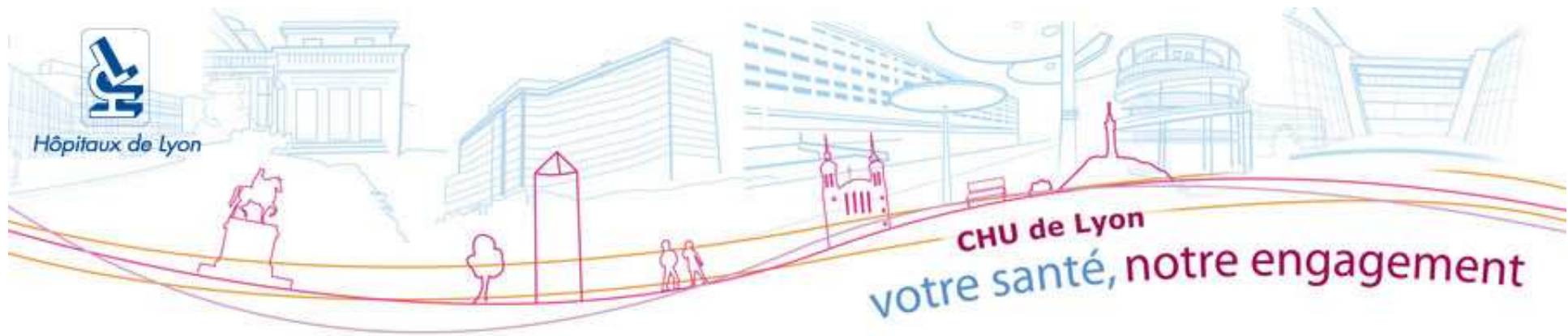
Commission EPP/QGdR de la CME des HCL

Direction Organisation Qualité – Relation avec les Usagers

Hospices civils de Lyon



Journée du 7 juin 2012
ACOPHRA



Contexte réglementaire





Historique de l'EPP individuelle

EPP obligatoire depuis le **1^{er} Juillet 2005**
pour **tous les médecins**
et ceci quel que soit leur mode d'exercice

- ✓ Loi du 13-08-2004 relative à l'assurance maladie (art 14)
- ✓ Décret 14 avril 2005 (2005-346)

FMC et EPP : un devoir déontologique

Mais dispositif peu lisible, complexe et fragile

➔ Intérêt d'un travail concerté entre les tenants de la FMC et les promoteurs de l'EPP (Programmes simples, engagement motivé de chaque professionnel, accès en continu des professionnels à leurs données → utilité vraie d'un protocole, bénéfice pour le patient)

EPP d'équipe & Certification des Etablissements de Santé

- ❑ **Version 2 de la Certification** (ou version 2007) incitative et pédagogique en matière d'EPP
- ❑ **Version 2010** : EPP dans la continuité de la version 2 mais comporte désormais des exigences renforcées sur :
 - la politique et l'organisation de l'EPP (PEP Critère 1f)
 - le déploiement effectif et pérenne des démarches dans l'ensemble des secteurs d'activité. (Référence 28)

Les critères de cette référence sont évalués pour l'établissement dans son ensemble et non par type de prise en charge.

Le seul déploiement n'est pas suffisant :

- la qualité des démarches conduites,
- leur pérennité,
- la mesure d'impact de ces démarches sur l'amélioration continue de la qualité des soins.

- ❑ **Version V2014** (centralisée sur les processus pour diminuer les risques)



Aujourd'hui : dispositif réglementaire du DPC

DPC - Art 59 - Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009

Une définition unique pour l'ensemble des professionnels de santé

Le développement professionnel continu (DPC) a pour objectifs :

- ✓ l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- ✓ le perfectionnement des connaissances (FMC)

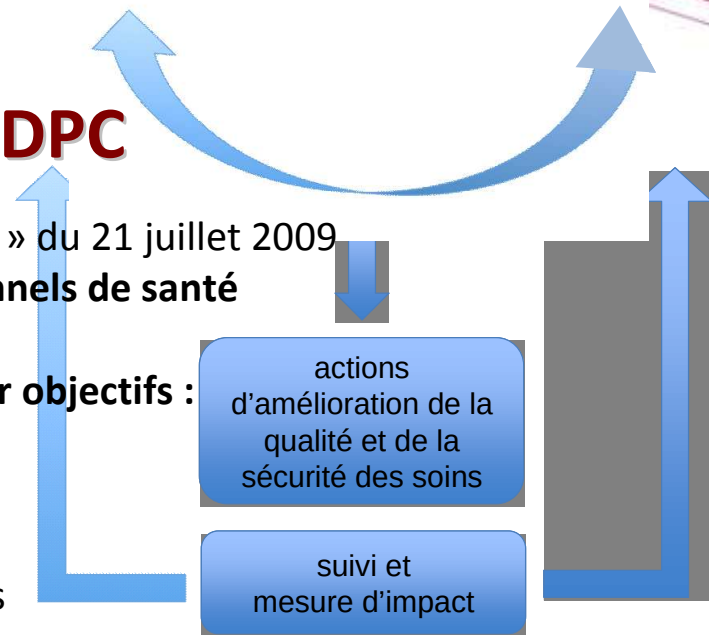
En visant :

- ✓ l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- ✓ la prise en compte de priorités de santé publique
- ✓ la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Le DPC constitue une obligation pour tous les professionnels de santé : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, paramédicaux...

1.700.000 Professionnels de santé / an

Il concerne les professionnels inscrits à l'ordre ou non





Décrets d'application

11 décrets publiés les 30/12/11 et 09/01/12

Relatifs aux professions médicales (4)

- ✓ DPC des médecins (*décret n°2011-2116*)
- ✓ DPC des chirurgiens-dentistes (*décret n°2011-2115*)
- ✓ DPC des sages-femmes (*décret n°2011-2117*)
- ✓ DPC des pharmaciens (*décret n°2011-2118*)

Relatif aux professions paramédicales (1)

- ✓ DPC des professionnels de santé paramédicaux (*décret n°2011-2114*)

Concerne les auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture et préparateurs en pharmacie hospitalière

Relatif à l'organisation et au financement du DPC (1)

- ✓ Organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) (*décret n°2011-2113*)

Relatifs aux Commissions Scientifiques Indépendantes et du Haut Comité des Professions Paramédicales (5)

- ✓ 5 commissions : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, professions paramédicales (*décrets n°2012-26 à 30*)



Définition DPC : mentions communes aux professionnels

Le développement professionnel continu comporte l'**analyse** par ...*les professionnels*, de leurs **pratiques professionnelles** ainsi que l'**acquisition ou l'approfondissement de connaissances** ou compétences.

Il constitue une **obligation individuelle** et s'inscrit dans une démarche permanente et **collective**

Les professionnels satisfont à leur **obligation annuelle** de DPC dès lors qu'ils participent à un programme de DPC

Ce programme DPC doit :

- ✓ être conforme à une orientation **nationale ou régionale** de DPC
- ✓ comporter des **méthodes validées par la HAS** (après avis du CSI)
- ✓ être mis en œuvre par un **organisme de DPC enregistré** (ODPC)



Organisation et financement DPC en ES publics

Organisation :

Médicaux :

Les CME assurent la promotion des programmes de DPC et élaborent le plan de DPC

Paramédicaux :

Les établissements employeurs assurent la promotion de programmes de DPC

Le CTE et CSIRMT sont consultés pour le plan de DPC

Les programmes de DPC associent des professionnels de même spécialité ou de spécialités différentes

Les professionnels choisissent librement leur organismes de DPC

Financement :

Médicaux :

Les CHU consacrent un minimum de 0.50 % du montant des rémunérations de leurs médecins

Paramédicaux :

Les établissements financent les actions de DPC



Contrôle DPC

L'organisme de DPC délivre une attestation aux professionnels justifiant de leur participation annuelle à un programme de DPC.

Il transmet également les attestations aux structures *ad hoc* : conseil de l'ordre, établissement, ARS

Le conseil compétent de l'ordre ou l'employeur s'assure au moins une fois tous les 5 ans sur la base des attestations, ou des diplômes mentionnés, que les professionnels ont satisfait à leur obligation annuelle de DPC.

Si obligation individuelle non satisfaite : demande de motifs puis mise en place éventuelle d'un plan annuel personnalisé voire sanctions possibles



De nouveaux acteurs : l'organisme gestionnaire du DPC

✓ Dispositions générales :

GIP dont les membres sont l'Etat, l'Assurance Maladie et des représentants de professionnels de santé

Doté de :

- un conseil de gestion (organe décisionnaire)
- un conseil de surveillance
- un comité paritaire constitué en 9 sections (1 par profession)

✓ Missions principales :

Enregistre, suit, publie et contrôle les organismes de DPC

Chargé du financement du DPC des professionnels de santé libéraux et ceux exerçant dans les centres de santé conventionnés

✓ Missions spécifiques du conseil de surveillance :

Bilan annuel de la mise en œuvre du DPC

Avis sur la qualité et l'efficacité du dispositif

Contrôle l'utilisation des sommes de DPC

Promeut le DPC auprès des professionnels et employeurs



De nouveaux acteurs : l'organisme DPC

ODPC

- Demande d'enregistrement auprès de l'OGDPC avec :
 - Informations administratives
 - Nature des programmes de DPC proposés
- Dossier d'évaluation du programme DPC pour CSI : avis favorable ou défavorable
Selon :
 - Capacité pédagogique et méthodologique de l'ODPC
 - Qualités et références des intervenants
 - Indépendance financière / pds de santé

Arrêté en attente sur les modalités d'appréciation de ces critères
- Les ODPC transmettent à l'OGDPC un bilan annuel d'activité (< 31/03)

Arrêté en attente sur contenu de ces bilans



De nouveaux acteurs : les commissions scientifiques indépendantes

5 commissions : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, professions paramédicales

Missions :

- ✓ Avis sur les **orientations nationales et régionales** de DPC fixées par le Ministère
- ✓ Evaluation des organismes qui demandent à être enregistrés comme organismes DPC
- ✓ Rôle d'expertise auprès des instances de l'organismes gestionnaire du DPC
- ✓ Liste des DU validant comme programme de DPC
- ✓ Rapport d'activité annuel transmis à l'OGDPC

Composition variable en fonction des commissions :

- ✓ Représentants des professionnels, de la conférence des doyens, du conseil national de l'ordre de la profession, des personnalités qualifiées, du service des armées et du Ministère



CSI des pharmaciens (1)

Arrêté du 3 mai 2012 portant nomination à la commission scientifique indépendante des pharmaciens

1) Au titre des représentants de la Société française de pharmacie clinique :

Marie-Claude SAUX, membre titulaire. Françoise BRION, membre suppléant.

Philippe DENRY, membre titulaire. Marie-Josée AUGÉ-CAUMON, membre suppléant.

2) Au titre des représentants pharmaciens de la Société française de biologie clinique :

Michel AROCK, membre titulaire. Jean-Louis BEAUDEUX, membre suppléant.

Jean-Marc GIANNOLI, membre titulaire. Michel VAUBOURDOLLE, membre suppléant.

3) Au titre des représentants du Conseil national de l'ordre des pharmaciens :

Marcelline GRILLON, membre titulaire. Françoise PETITEAU-MOREAU, membre suppléant.

4) Au titre des représentants de l'Académie nationale de pharmacie :

Claude VIGNERON, membre titulaire. François CHAMBONNET, membre suppléant.

5) Au titre des représentants de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé :

Marie-Lise MIGUERES, membre titulaire. Ridha BELAIBA, membre suppléant.

6) Au titre des représentants de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail :

Marie-Odile RAMBOURG SCHEPENS, membre titulaire. Marie-Françoise GUILLEMER, membre suppléant.

7) Au titre des représentants des pharmaciens titulaires d'officine en exercice :

Catherine MOREL, membre titulaire. Dominique HO-QUOC, membre suppléant.

Marylène GUINARD, membre titulaire. Julien GRAVOULET, membre suppléant.

Brigitte BOUZIGE, membre titulaire. Anne-Sophie LASSABE, membre suppléant.



CSI des pharmaciens (2)

Arrêté du 3 mai 2012 portant nomination à la commission scientifique indépendante des pharmaciens

8) Au titre des représentants des pharmaciens adjoints d'officine en exercice :

Catherine PAMART, membre titulaire. Maryse PASQUET, membre suppléant.

Bernadette JARD, membre titulaire. Michèle ZAMY, membre suppléant.

François AUCOUTURIER, membre titulaire. Annie AUCOUTURIER, membre suppléant.

9) Au titre des représentants des pharmaciens biologistes en exercice :

Jérôme SOUCHELEAU, membre titulaire. Patrice THEROND, membre suppléant.

10) Au titre des représentants des pharmaciens gérants de pharmacie à usage intérieur en exercice :

Pascal PAUBEL, membre titulaire. Christian CORNETTE, membre suppléant.

11) Au titre des représentants des pharmaciens de la distribution en gros et de l'exportation en exercice :

Nathalie ERB, membre titulaire. Frédéric de GIRARD, membre suppléant.

12) Au titre des représentants des pharmaciens de l'industrie en exercice :

Sylvie PAULMIER-BIGOT, membre titulaire. Anne CARPENTIER, membre suppléant.

13) Au titre des représentants des pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7 :

Frédéric BOËL, membre titulaire. Philippe MURAT, membre suppléant.

14) Au titre des représentants des professeurs des universités-praticiens hospitaliers en pharmacie :

Gilles AULAGNER, membre titulaire. Joëlle GOUDABLE, membre suppléant.



DPC des pharmaciens (1)

Décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens

Publics concernés : pharmaciens ; Conseil national de l'ordre des pharmaciens ; employeurs de pharmaciens dans le secteur public et privé

Objet : contenu, organisation et contrôle de l'obligation individuelle de développement professionnel continu des pharmaciens

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication

Notice explicative : le présent décret prévoit que les pharmaciens doivent participer annuellement à un programme de développement professionnel continu. Il définit le contenu de l'obligation de développement professionnel continu, son organisation et son financement. Le décret prévoit également les modalités de contrôle du respect de cette obligation par l'ordre des pharmaciens. Il prévoit enfin les modalités du développement professionnel continu pour les pharmaciens non inscrits à l'ordre

Références : les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, sur le site Légifrance. Le présent décret est pris pour l'application de l'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires



DPC des pharmaciens (2)

Décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens

Art. R. 4236-2. — Le pharmacien satisfait à son obligation de développement professionnel continu dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de développement professionnel continu collectif annuel ou pluriannuel.

Ce programme doit ... comporter une des méthodes et des modalités validées par la Haute Autorité de santé après avis de la commission scientifique indépendante des pharmaciens ; ces méthodes et modalités précisent les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de développement professionnel continu ...

Art. R. 4236-3. — Les orientations nationales du développement professionnel continu sont annuelles ou pluriannuelles. **Chaque année, le ministre chargé de la santé arrête la liste des orientations nationales, après avis de la commission scientifique indépendante des pharmaciens...**

Les agences régionales de santé peuvent compléter les orientations nationales par des orientations régionales spécifiques, en cohérence avec leur projet régional de santé, après avis de la commission scientifique indépendante des pharmaciens.

Art. R. 4236-5. — I. — Outre les modalités prévues par l'article R. 4236-2, **un pharmacien est également réputé avoir satisfait à son obligation de développement professionnel continu s'il a obtenu, au cours de l'année civile, un diplôme universitaire évalué favorablement par la commission scientifique indépendante des pharmaciens en tant que programme de développement professionnel continu.**

II. — **Les actions de formation que les pharmaciens inspecteurs de santé publique sont tenus de suivre en application de leur statut particulier sont réputées satisfaire à l'obligation de développement professionnel continu des intéressés.**



DPC des pharmaciens (3)

Décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens

Art. R. 4236-8. – L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu finance le développement professionnel continu des pharmaciens libéraux et des pharmaciens exerçant dans les centres de santé conventionnés dans la limite de forfaits individuels mentionnés.

Art. R. 4236-9. – Les centres hospitaliers universitaires consacrent au financement des actions de développement professionnel continu des pharmaciens qu'ils emploient un **pourcentage minimum de 0,50 % du montant des rémunérations de leurs pharmaciens**, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Les autres établissements publics de santé consacrent au financement des actions de développement professionnel continu des pharmaciens qu'ils emploient **un pourcentage minimum de 0,75 % du montant des rémunérations de leurs pharmaciens**, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Les actions de développement professionnel continu des pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7 et des pharmaciens dont les employeurs sont l'Etat et les collectivités locales sont financées dans le cadre des crédits prévus par la législation relative à chacune de ces fonctions publiques.



DPC des pharmaciens (4)

Décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens

Les actions de développement professionnel continu des pharmaciens salariés du secteur privé sont financées dans les conditions prévues par l'article L. 6331-1 du code du travail.

Les employeurs publics et privés peuvent se libérer totalement ou partiellement de l'obligation prévue au présent article en versant tout ou partie des sommes ainsi calculées à un organisme paritaire collecteur agréé..., dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge de la formation tout au long de la vie qui leur sont propres.



Perspectives

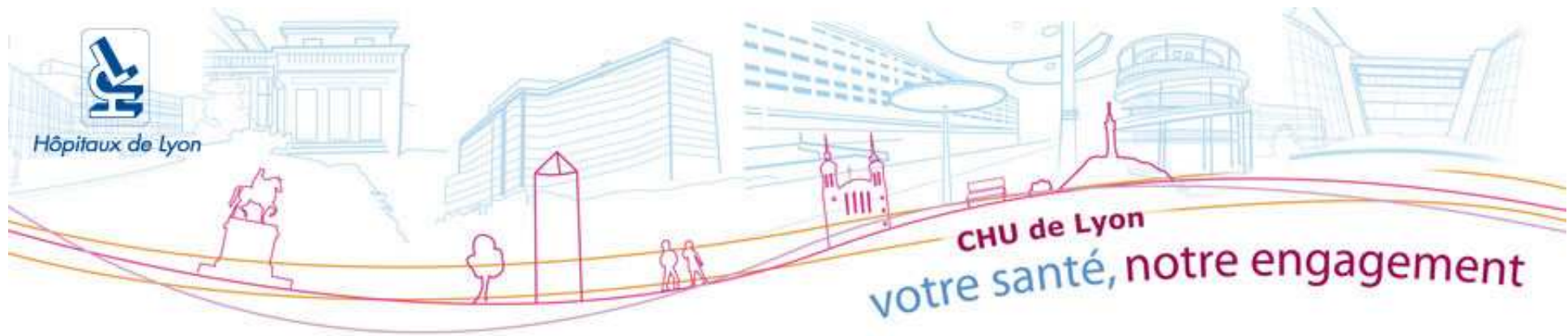
Organismes agréés au titre FMC et EPP le restent pour le DPC jusqu'au 30 juin 2013

➔ Nouveau dossier d'agrément ODPC à préparer d'ici fin 2012

Obligation de DPC validée immédiatement pour les années 2011 – 2012 pour les professionnels ayant participé à une action de FMC-EPP en 2011 ou 2012

S'appuyer sur l'existant :

- *valoriser ce qui fonctionne*
- *Faire simple, ne pas complexifier le dispositif*
- Compléter ce qui existe selon 3 axes
 - ✓ *intégrer les programmes au plus près de la pratique*
 - ✓ *promouvoir les programmes pluridisciplinaires*
 - ✓ *promouvoir la gestion des risques et la sécurité (accréditation et signalement EI)*



L'amélioration des pratiques professionnelles en santé





EPP – Définition & Champ d'investigation

Définition

Démarche formalisée visant à :

- ✓ **Identifier des écarts** à une pratique de soins considérée collectivement comme optimale,
- ✓ Concevoir et mettre en œuvre des **mesures correctives**
- ✓ **Réaliser un suivi** afin de s'assurer que les mesures correctives sont effectives

Champ d'investigation

- ✓ Pratiques de **très fort volume d'activité**
- ✓ **Standards**



Contexte des pratiques de soins

Exigences accrues

- ✓ Patients : mieux informés, plus exigeants, actifs
- ✓ Collectivité : optimisation des dépenses, standardisation des pratiques (garantir l'équité des soins et réduire les disparités)
- ✓ Décisions doivent être justifiées (patients, organismes de contrôle, pairs)

Évolution des pratiques

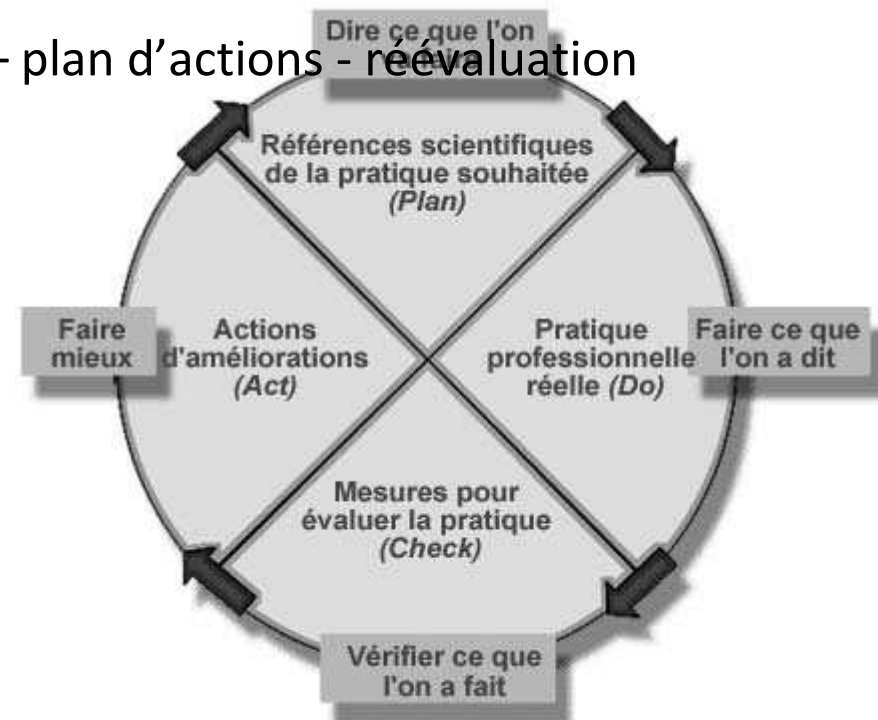
- ✓ Soins multidisciplinaires
- ✓ Prises en charge en réseaux

Enjeu de l'EPP

- ✓ Harmoniser les pratiques en diminuant leur variabilité
- ✓ Réponse aux exigences :
 - des patients
 - des professionnels
 - des financeurs

Plusieurs méthodes proposées par l'HAS et un modèle commun

1. **Planifier** - choisir un thème - fixer les objectifs – identifier le référentiel scientifique – choisir la méthode d'évaluation
2. **Faire** - observer la pratique
3. **Analyser** - comparer
4. **Améliorer** - réduire les écarts – plan d'actions - réévaluation



Roue de Deming



Les étapes d'une démarche d'EPP

- ✓ Choisir la **thématique**, et justifier
- ✓ Choisir le **texte** définissant la pratique de référence
- ✓ Choisir la **méthode** d'évaluation
- ✓ Identifier et comprendre les **écarts** entre la pratique et le texte de référence
- ✓ Agir pour réduire ces écarts (améliorer la pratique) : **plan d'actions**
- ✓ Réévaluer : **suivi des actions**



Comparaison

Comparer la pratique réelle à un référentiel

Ex: audit clinique

Processus

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

Ex: chemin clinique

4 approches

Problème / risque

Ex : revue de mortalité-morbidité

L'objectif de ce travail est d'identifier les événements évitables, et de mettre en place des solutions pour éviter qu'ils se reproduisent

Indicateur

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

Ex : suivi d'indicateurs



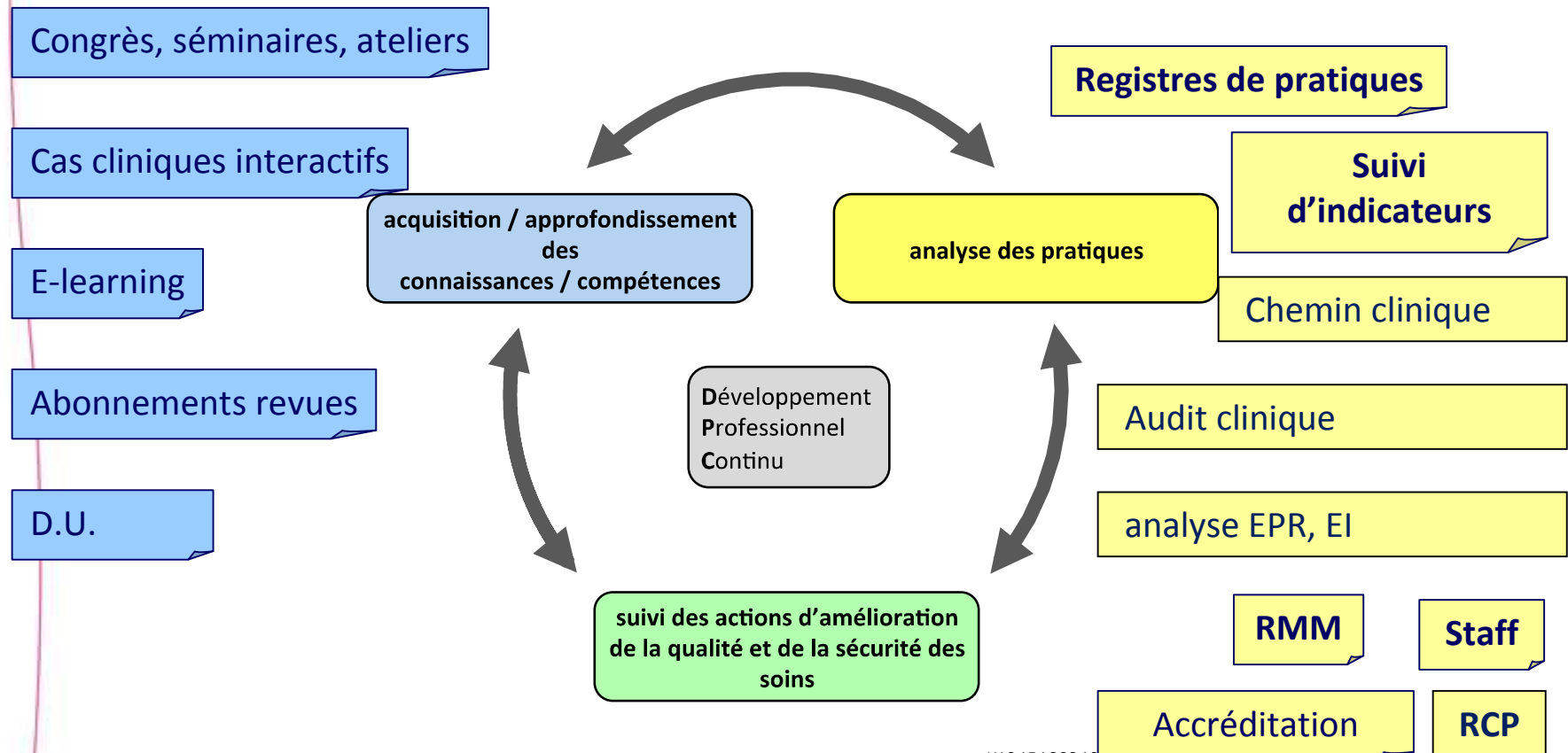
Méthodes EPP validées par la HAS

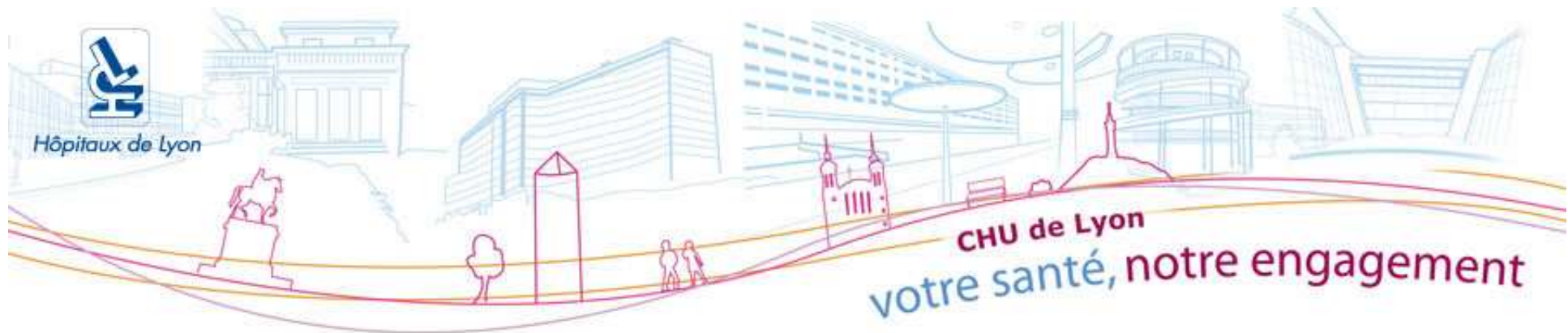
- ✓ Audit Clinique Ciblé et Audit Clinique
- ✓ Chemin clinique
- ✓ Suivi des indicateurs
- ✓ Revue de mortalité morbidité
- ✓ Revue de pertinence des soins
- ✓ Réseaux de santé
- ✓ Réunions de concertation pluridisciplinaires
- ✓ Staff-EPP des équipes hospitalières
- ✓ Registres, Observatoires, Bases de données et EPP

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_443273/comment-evaluer-et-ameliorer-votre-pratique



Le DPC en pratique... Rien de très nouveau

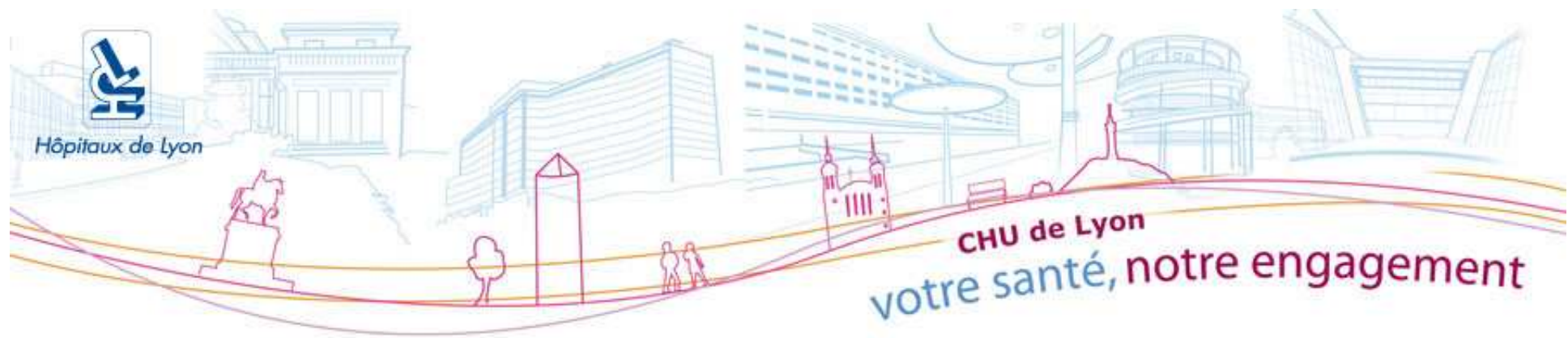




Méthodes EPP intégrées aux pratiques validées par la HAS & pluri professionnelles

3 exemples





Approche par résultat RMM





Définition



Il s'agit d'une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue :

d'un décès,

d'une complication,

Revue de mortalité et de morbidité
(RMM)

ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient (EPR).

Guide méthodologique

Novembre 2009

La méthode utilisée doit être structurée et explicite, et adaptable aux objectifs fixés dans le service ; les travaux doivent être réalisés de manière collective.

Groupe de travail

AFU, AFDS, CFAR, CFMIJ, FCVD, Orthoriseq, RSSMO, SFAR, SFCTCV, SFPC, SoFGRES, SRLF, FEHAP, FHE, FHP, FNCLCC, FNEHAD, IVS, CISS et HAS.



Historique des RMM

- ✓ Méthode implantée au début du siècle dernier aux USA en tant qu'outil pédagogique pour les chirurgiens
 - Obligatoire pour le cursus de **formation initiale**
 - Puis étendue à d'**autres disciplines** et à d'**autres pays**
- ✓ Reconnue comme méthode d'amélioration de la qualité des soins
 - Fait partie des critères d'**accréditation** (USA, Canada)
- ✓ Expériences françaises sporadiques et parfois anciennes
 - A l'initiative d'équipes médicales (chirurgie, anesthésie réanimation)
 - Méthode fait désormais partie des **critères de certification V2010**



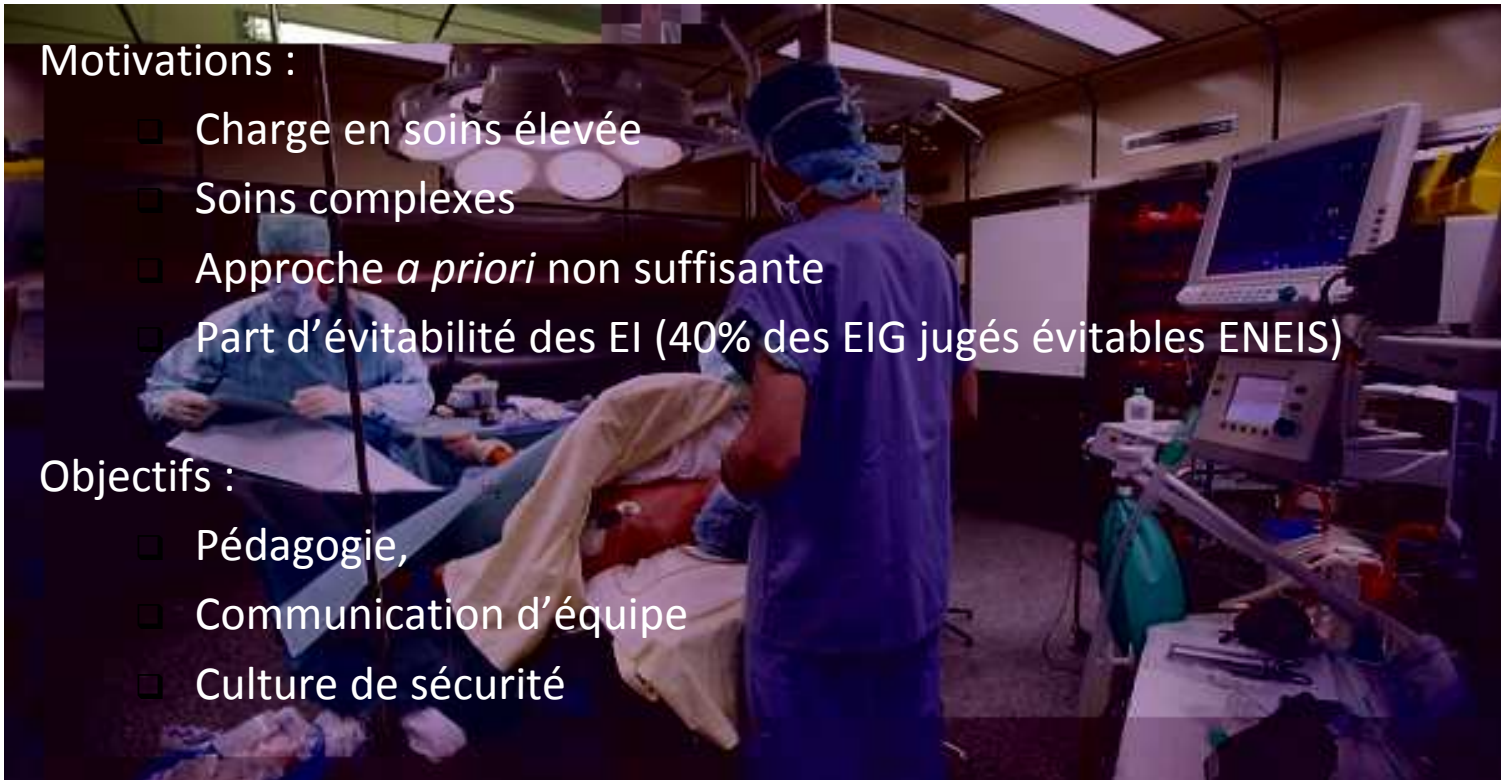
Revue de Morbi-Mortalité (RMM)

Motivations :

- ❑ Charge en soins élevée
- ❑ Soins complexes
- ❑ Approche *a priori* non suffisante
- ❑ Part d'évitabilité des EI (40% des EIG jugés évitables ENEIS)

Objectifs :

- ❑ Pédagogie,
- ❑ Communication d'équipe
- ❑ Culture de sécurité





Exemple de déploiement aux HCL

RMM et procédure de Certification V2010 :

Exigences spécifiques en termes d'organisation pour les secteurs dits à risques

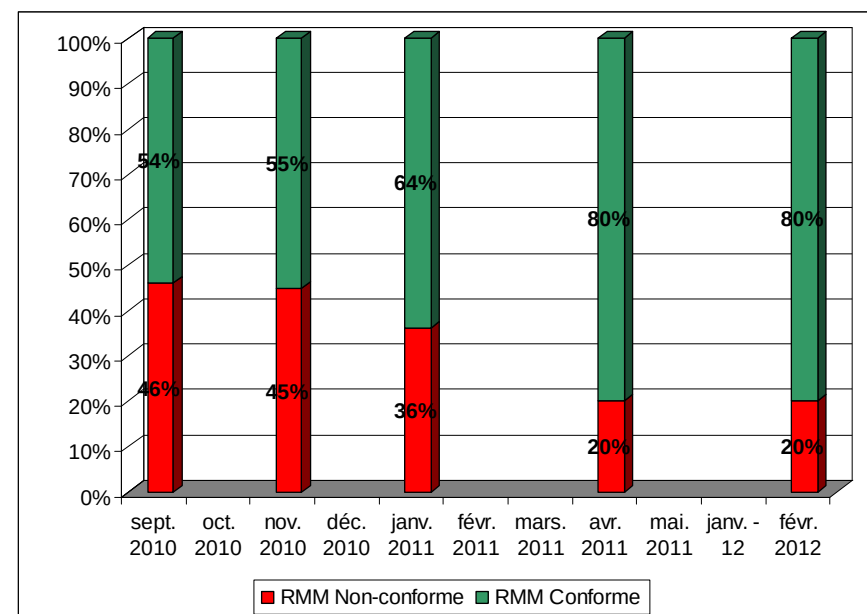
Critère 28.a « Mise en œuvre des démarches d'EPP »

Intense communication et forte mobilisation aux HCL

Taux de conformité de mise en œuvre globale des RMM

Novembre 2010 : 55% ➔ Février 2012 : à 80%

- ❑ en chirurgie : 48 % à 75 %
- ❑ en cancérologie : 20 % à 76 %
- ❑ en anesthésie-réanimation : 84 % à 100%





Fonctionnement & Organisation

- ❑ Périodicité mensuelle à trimestrielle
- ❑ Participation pluri professionnelle
- ❑ Sélection par l'équipe des cas à discuter
- ❑ Reconstitution de la chronologie de l'évènement, analyse approfondie par un membre de l'équipe et recherche des causes racines
- ❑ Détermination du caractère évitable de l'évènement et décision d'un plan d'actions
- ❑ Résumé anonymisé des discussions



Exemples de cas discutés

✓ Décès

✓ Complications

- Reprise chirurgicale pour complication dans les 30 jours
- Transfert non prévu en réanimation
- Infection du site opératoire après chirurgie réglée
- Erreur de site opératoire
- Erreur d'administration d'un médicament
- Antibioprophylaxie péri-opératoire inadaptée
- Chute
- Fugue
- Tentative de suicide

✓ Evènements Porteurs de Risque

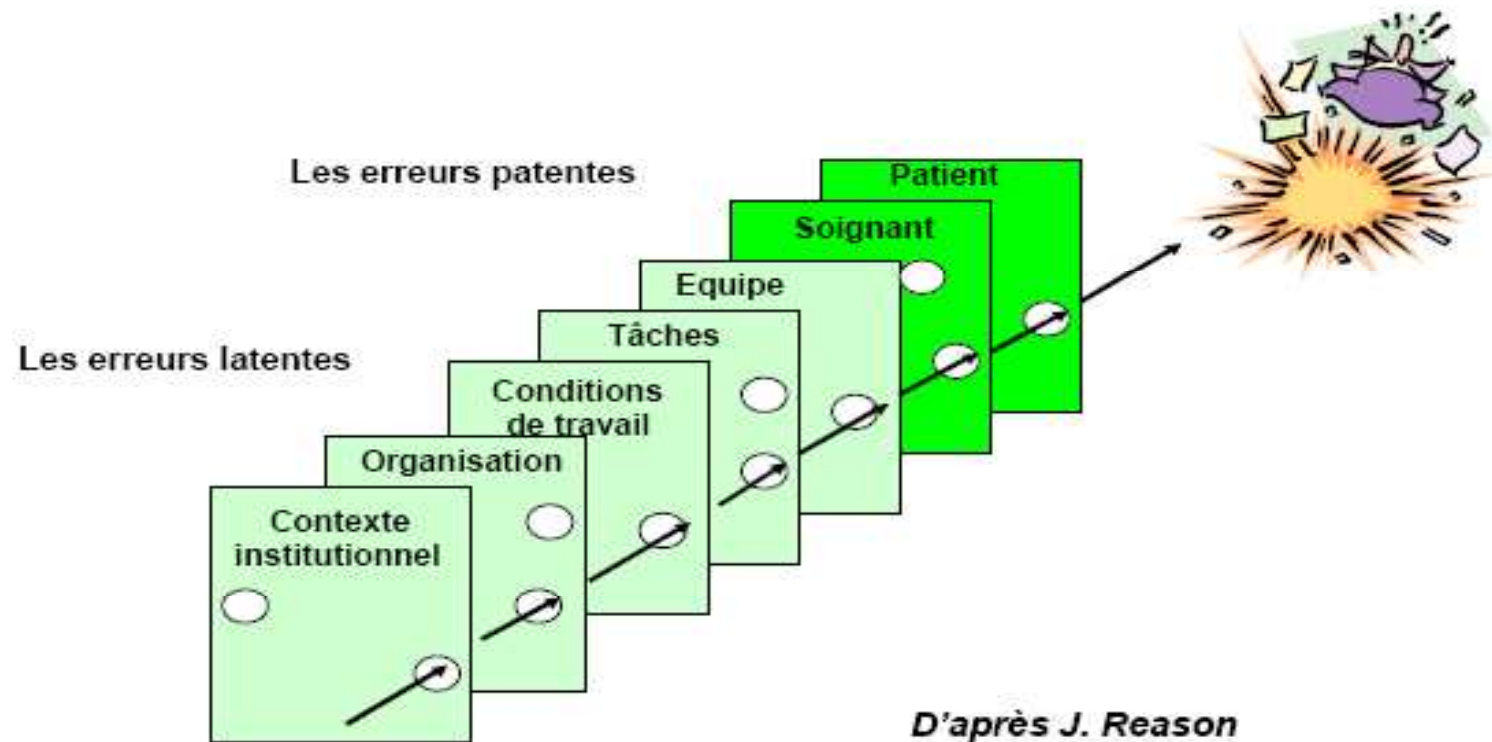
AR : Retard transfusionnel

Erreur d'administration d'un médicament

Accès difficile aux voies aériennes non prévu



Analyse des EI - L'Hôpital un lieu à risques ?





Analyse systémique (1)

Étape 1. Présentation du cas

Questions : Qu'est-ce qui est arrivé ? Quand est-ce arrivé ? Où est-ce arrivé ?

Objet : Description chronologique des faits, complète, précise et non interprétative

Étape 2. Recherche et identification de problème(s) de soins

Questions : Comment est-ce arrivé ?

✓ Quel(s) est (sont) le(s) problème(s) rencontré(s) ?

Objet : Identification du (des) problème(s) rencontré(s), des processus défailants, des pratiques non optimales, des problèmes liés aux soins



Analyse systémique (2)

Étape 3. Recherche de causes

Questions : Pourquoi cela est-il arrivé ?

✓ Qu'est-ce qui a été nécessaire pour que cela arrive ?

Objet : Recherche des causes, des facteurs favorisant ou contributifs, pour chaque problème rencontré

Étape 4. Proposition d'un plan d'action

Questions : Qu'avons-nous appris ? Quels changements mettre en œuvre ?

✓ Quelles actions mettre en œuvre pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ? (hiérarchisation et choix) Ces actions peuvent-elles être généralisables au sein de l'établissement (en lien avec la structure de gestion des risques) ?

✓ Comment le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre sont-ils assurés ?

✓ Comment la communication et l'information des équipes sont-elles réalisées ?

Objet : Mise en œuvre et suivi d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité

Facteurs contributifs par catégorie

1. Facteurs liés au patient

- 1.1 Antécédents
- 1.2 Etat de santé (pathologies, co-morbidités)
- 1.3 Traitements
- 1.4 Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux
- 1.5 Relations conflictuelles

2. Facteurs liés aux tâches à accomplir

- 2.1 Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)
- 2.2 Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)
- 2.3 Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)
- 2.4 Définition des tâches
- 2.5 Programmation, planification

3. Facteurs liés au contexte individuel (personnel)

- 3.1 Qualifications, compétences
- 3.2 Facteurs de stress physique ou psychologique

4. Facteurs liés à l'équipe

- 4.1 Communication entre professionnels
- 4.2 Communication vers le patient et son entourage
- 4.3 Informations écrites (dossier patient, etc.)
- 4.4 Transmissions et alertes
- 4.5 Répartition des tâches
- 4.6 Encadrement, supervision
- 4.7 Demande de soutien ou comportement face aux incidents

5. Facteurs liés à l'environnement de travail

- 5.1 Administration
- 5.2 Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)
- 5.3 Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites
- 5.4 Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)
- 5.5 Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)
- 5.6 Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)
- 5.7 Charge de travail, temps de travail
- 5.8 Retards, délais

6. Facteurs liés à l'organisation et au management

- 6.1 Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)
- 6.2 Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant
- 6.3 Politique de formation continue
- 6.4 Gestion de la sous-traitance
- 6.5 Politique d'achat
- 6.6 Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement
- 6.7 Ressources financières

7. Facteurs liés au contexte institutionnel

- 7.1 Politique de santé publique nationale
- 7.2 Politique de santé publique régionale





Intérêt de la méthode

- ❑ Approche par problème
- ❑ Pédagogie : « apprentissage par l'erreur »
- ❑ Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- ❑ Changement de la culture des professionnels de santé : Passer d'une culture de la faute, de la culpabilité, du secret à une culture de la **responsabilité, de la prévention, de la transparence**
- ❑ Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (analyse des événements indésirables et détermination des actions d'amélioration)



RMM : facteur de risque médico-légal ?

✓ **NON, si elle ne s'écarte pas de ses objectifs :**

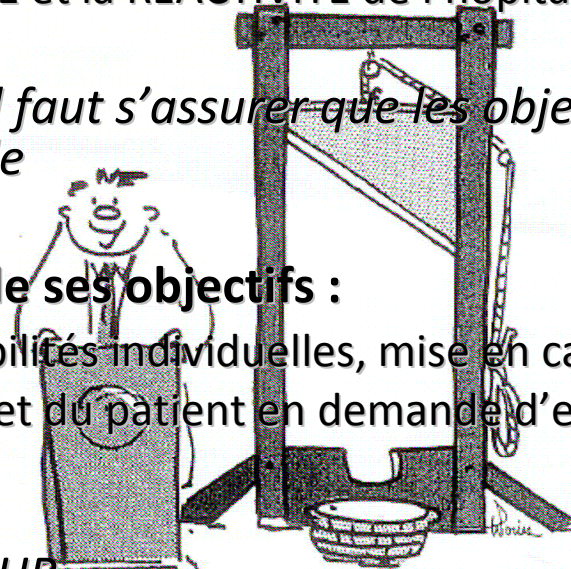
AU CONTRAIRE : Informer le patient ou sa famille du processus (son lancement et son résultat) peut s'avérer positif :

- Pour le patient ou la famille qui le demande
- Pour l'autorité judiciaire, saisie ultérieurement, pour montrer le souci de TRANSPARENCE et la REACTIVITE de l'hôpital

Recommandations : il faut s'assurer que les objectifs sont compris par le patient ou sa famille

✓ **OUI, si elle dérive de ses objectifs :**

- Impute des responsabilités individuelles, mise en cause personnelle
- Si elle se tient en secret du patient en demande d'explication sur sa prise en charge



P. Chevalier, DAJ, AP-HP

« Good morning ! Thank you for coming to our M&M Conference... »



Erreurs et conséquences de l'erreur

Le risque n'est pas lié à l'erreur, il est lié au contexte de situation



Préparation pousse-
seringue avec
dobutamine à la place
de noradrénaline



Récupération

➔ Pas de séquelle



Erreurs et conséquences de l'erreur

Le risque n'est pas lié à l'erreur, il est lié au contexte de situation



➔ Pas de récupération
séquelles : crise hypertensive



Hôpitaux de Lyon

CHU de Lyon
votre santé, notre engagement

Approche par processus Le chemin clinique





Chemin clinique

Cette méthode reprend les étapes de la démarche d'analyse et d'amélioration du processus

Son champ est celui d'une prise en charge spécifique de patients

➔ Description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des règles de bonnes pratiques

Objectifs : Planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant la même pathologie

Formalisation :

- ✓ protocole (choix du thème, choix des critères de prise en charge, modalités de sélection des patients, grille de recueil des données, liste des référentiels)
- ✓ rapport d'activité (analyse des écarts et liste des améliorations mises en œuvre)



Chemin clinique

Les pathologies se prêtant particulièrement à une démarche de chemin clinique sont fréquentes et requièrent une prise en charge homogène

Il existe pour ces pathologies :

- ✓ une variabilité non expliquée et une multidisciplinarité de la prise en charge,
- ✓ des recommandations professionnelles ou un consensus professionnel au sein de l'établissement,

- ✓ une motivation des professionnels pour travailler sur la pathologie.

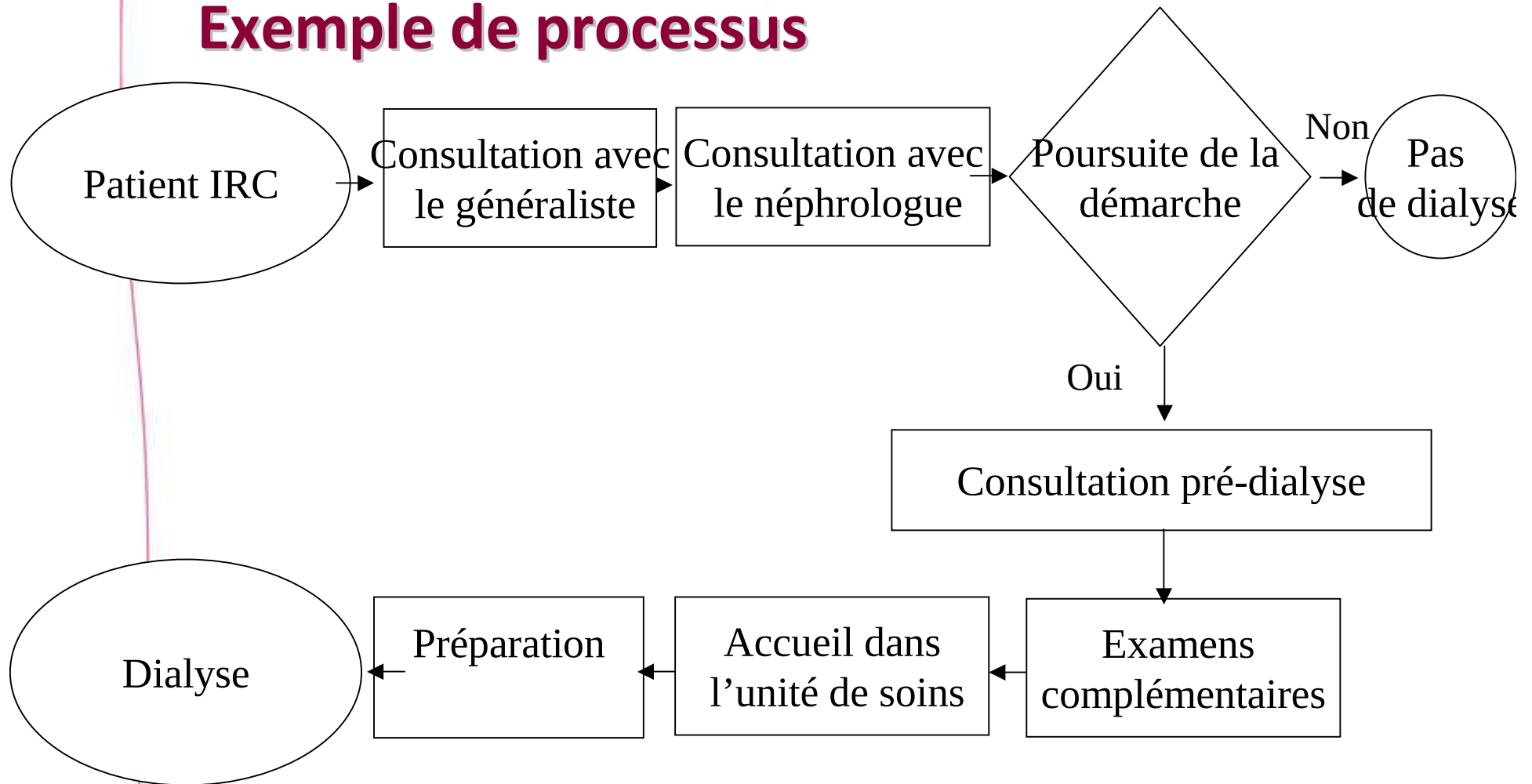
L'implication des professionnels dans l'élaboration du chemin clinique est indispensable.

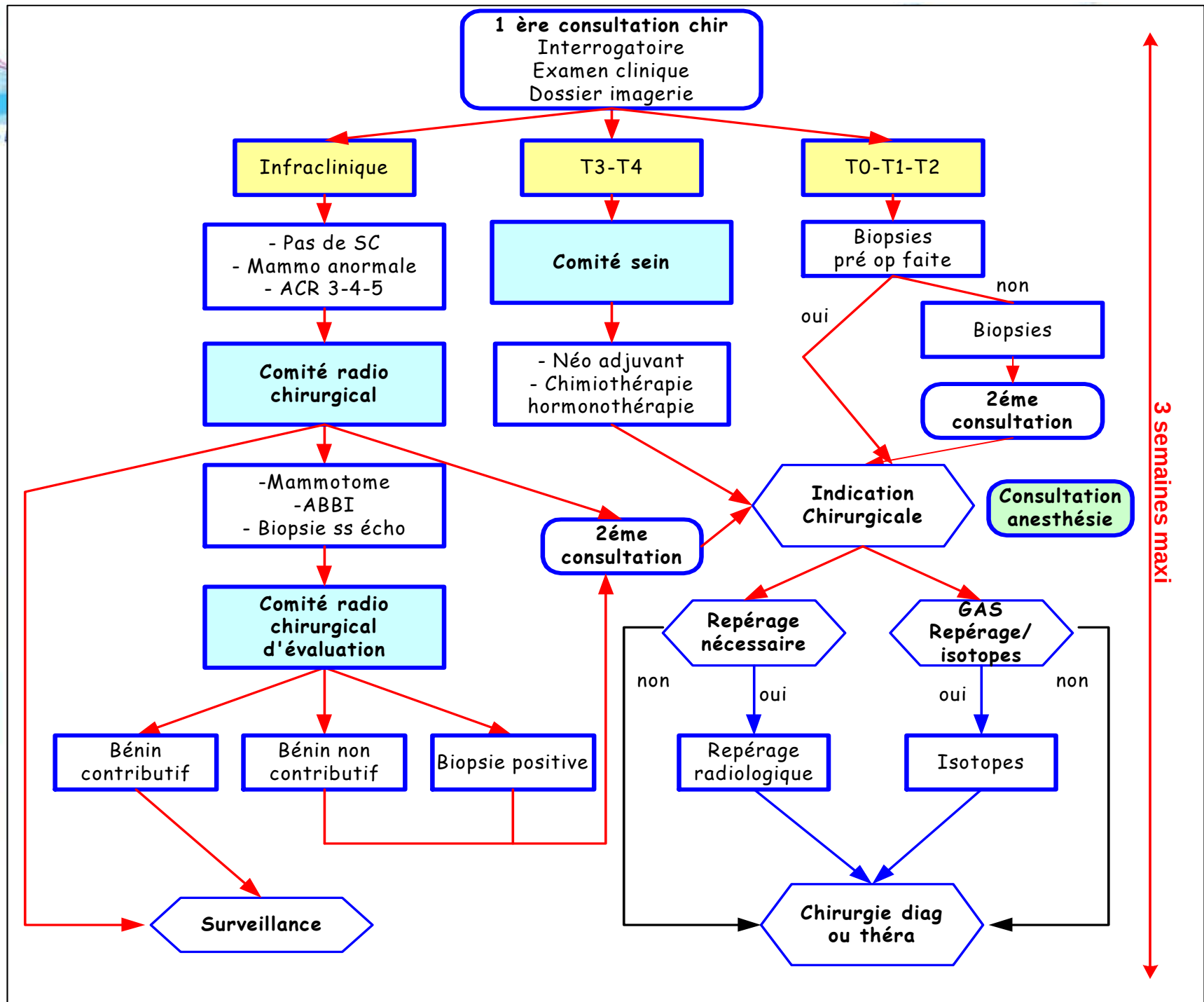
Exemples de champs d'application :

- ✓ en cardiologie : post infarctus du myocarde
- ✓ en cancérologie : cancer colo-rectal
- ✓ en sénologie : prise en charge chirurgicale des lésions mammaires
- ✓ en néphrologie : insuffisance rénale chronique
- ✓ en neurologie : AVC
- ✓ en urologie : prostatectomie radicale



Exemple de processus







Chemin clinique

- ✓ Prospectif, aide à la prise en charge : dans dossier patient
- ✓ Rétrospectif pour l'évaluation

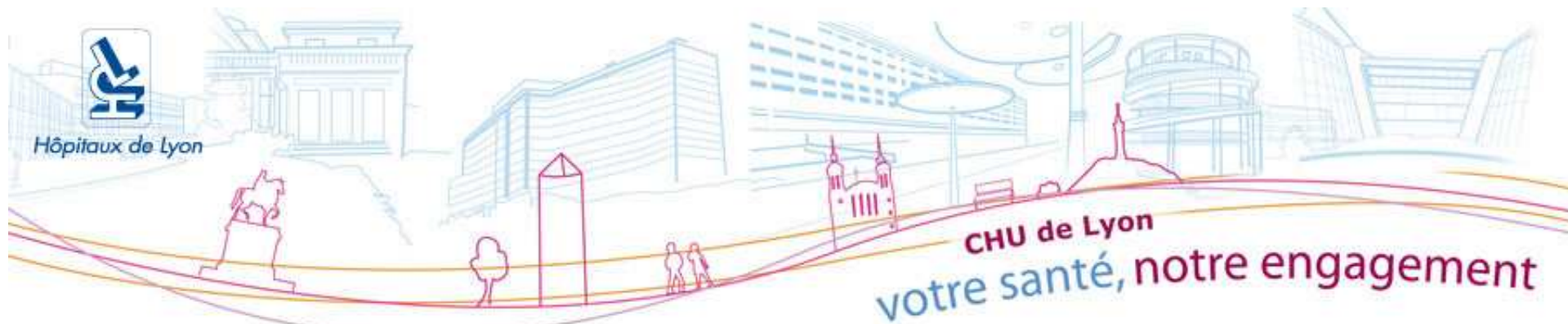
	Pré admission	J0	J1	J2
Evaluation clinique				
Examens complémentaires				
Traitement pharmacologique				
Information du patient				
Régime alimentaire				

Décrire la planification de l'ensemble des soins, traitements, examens complémentaires, consultations, surveillance, actions de prévention, information et éducation du patient



Chemin clinique

- ✓ Outil de **planification** quotidienne
- ✓ Permet de :
 - ✓ **Coordonner** les intervenants
 - ✓ **Réduire** la variabilité
 - ✓ **Diminuer** les erreurs, répétitions/oublis
 - ✓ Disposer d'un outil de communication
 - ✓ **Optimiser** l'utilisation des ressources



Staff EPP des équipes hospitalières





Staff EPP

Réunion régulière sur un thème différent qui permet d'apprécier ses pratiques professionnelles par rapport à un référentiel

4 réunions / an

Il s'agit d'une démarche entre professionnels qui associe simultanément les étapes 1 et 2 puis, les étapes 3 et 4.

1. **Une revue de dossiers** préalablement sélectionnés par l'équipe sur un thème défini (modalités de prise en charge, diagnostic, traitement, pronostic, iatrogénie, qualité et efficacité des soins, etc.)
Ex : Bon usage des antibiotiques et pertinence de prescription des fluoroquinolones
2. **Une revue bibliographique** sélectionnant les meilleures références (articles de la littérature ou recommandations de société savante, niveau de preuve) permettant d'apporter des réponses aux questions posées par la revue de dossiers.
3. **Une discussion** entre professionnels pour apprécier la validité, l'utilité et l'applicabilité des références sélectionnées et confronter les pratiques réelles par l'analyse de dossiers.
4. **Des actions d'amélioration et de suivi** mises en place selon des modalités explicites (rédaction/actualisation de protocoles, chemin clinique, audit, suivi d'indicateurs, enquête de satisfaction patient, etc.).

L'organisation des staffs EPP nécessite :

- la prévision à long terme des dates et des horaires des réunions,
- la désignation préalable d'un médecin responsable de la préparation et du thème de chaque réunion.



Formalisation du Staff EPP

Trois documents sont indispensables pour valider un tel programme au titre de l'EPP :

1. Un **règlement intérieur** précisant le fonctionnement du staff- EPP :
objectifs, secteur d'activité concerné, professionnels concernés, périodicité, durée des réunions, responsable du programme staff-EPP, modalités de sélection des dossiers, modalités de désignation des responsables du choix des thèmes, revue de dossiers, revue bibliographique, modalités de déroulement de la réunion, traçabilité et archivage des documents issus du staff-EPP
2. Des **comptes rendus écrits** de chaque staff-EPP :
résumé anonymisé du dossier, des questions posées et de la discussion, références bibliographiques sélectionnées et utilisées, actions d'amélioration entreprises et les modalités de suivi, modalités de diffusion des conclusions du staff-EPP, liste des personnes présentes.
3. Un **bilan d'activité annuel** faisant la synthèse des staffs-EPP doit être ensuite réalisé
nombre de réunions, tableau de présence, nombre de dossiers examinés, actions d'amélioration entreprises, suivi d'indicateurs, etc.

Thème

Revue de dossier

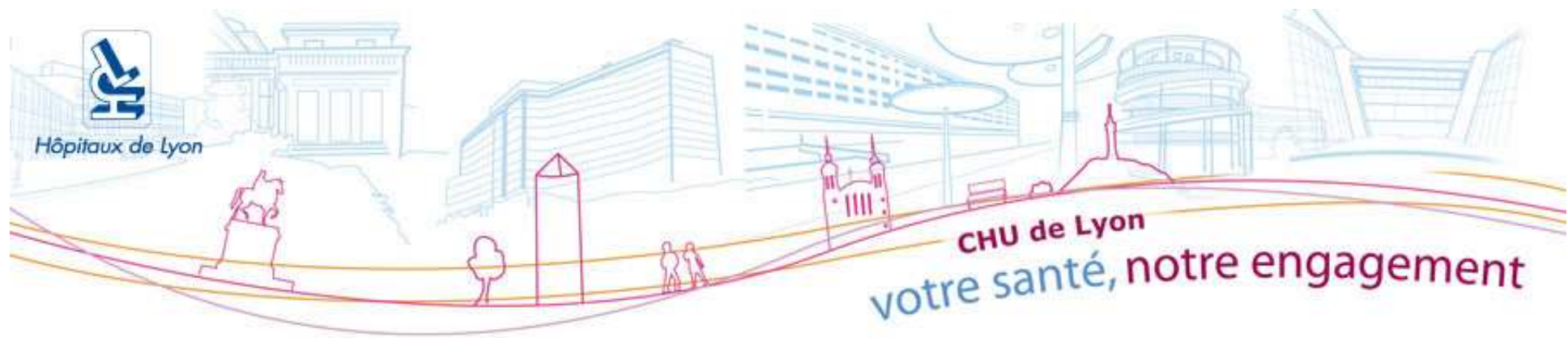
Sélection bibliographique

2 documents:
Règlement intérieur
Comptes rendus écrits

Discussion lors du staff EPP:
validité, applicabilité des references (EBM)

Action régulière dans un service
(3 ou 4/an)

Actions d'amélioration et de suivi:
rédaction de protocoles, indicateurs,
nouvelles prises en charge, enquête de satisfaction...



Conclusion





FCS d'une démarche d'évaluation en santé

- ❑ Evaluer sa propre pratique
- ❑ Ne pas oublier l'objectif principal : PEC du patient et amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- ❑ Accepter de prendre du recul sur sa pratique avec une vision collective d'une équipe
- ❑ Simplicité et bon sens, # procédure de contrôle ou de recherche
- ❑ Ne pas le vivre comme une contrainte ou une simple réponse à une obligation