

Evaluation des pratiques professionnelles pour les infirmiers anesthésistes diplômés d'état

Ch. RECCHIA¹, V. PIRIOU¹, M. MERTES²

¹ Service d'Anesthésie Réanimation - Centre Hospitalier Lyon Sud - 69395 Pierre Bénite
e-mail : vincent.piriou@chu-lyon.fr

² Service d'Anesthésie Réanimation – Hôpital Central – CO n° 34 – 54035 Nancy Cedex
Président du CS EPP du CFAR
e-mail : pm.mertes@chu-nancy.fr

POINTS ESSENTIELS

- La loi HPST oblige tous les personnels de santé à participer à des actions de développement professionnel continu (DPC) qui impliquent l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue (FC).
- Le DPC a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la prise en compte des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.
- Un programme de DPC est un ensemble d'activités d'évaluation et de formation, centrées sur l'analyse des pratiques, l'appropriation et la mise en œuvre de recommandations, réalisées pendant une durée définie dans le but d'atteindre des objectifs précis en termes d'amélioration.
- les différentes méthodes d'EPP regroupent des confrontations d'une pratique au regard d'une pratique jugée optimale (audit clinique, revue de pertinence de soins), des analyses de prise en charge ou de processus (chemin clinique), des analyses d'évènements indésirables (revue de morbi-mortalité RMM), ou des analyses de l'évolution d'une pratique par des suivis d'indicateurs.
- Les thématiques d'EPP résultent souvent de préoccupations, de questionnements ou de difficultés de prise en charge au sein des services. La mise en œuvre d'une démarche d'EPP doit pouvoir s'intégrer aisément à l'exercice quotidien, avec un objectif concret d'amélioration des pratiques professionnelles.
- Les IADE doivent donc être totalement impliqué(e)s dans les démarches d'EPP collectives, et pluriprofessionnelles en commun avec les équipes médicales.

INTRODUCTION

La nouvelle loi HPST oblige les médecins et les soignants à participer à des actions de développement professionnel continu (DPC) qui impliquent l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue (FC). Jusqu'à présent, seuls les médecins étaient réellement impliqués dans les programmes d'EPP du fait de la loi de l'assurance maladie de 2004 et du décret d'application du 14 Avril 2005 qui imposait les démarches d'EPP pour les seuls médecins. Les IDE et les IADE n'étaient impliqué(e)s par l'EPP que par la certification des établissements de santé. Avec la loi HPST, les IDE et les IADE sont directement impliqué(e)s dans les programmes de formation continue et d'EPP. Ces programmes se veulent pluriprofessionnels, impliquant équipes médicales et soignantes, collectifs et non individuels, impliquant les professionnels des équipes qui travaillent ensemble, et plutôt orientées sur la gestion des risques.

LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC).

Le **développement professionnel continu** a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, art. L. 4133-1)

Le **développement professionnel continu** se définit [...] par l'analyse des pratiques professionnelles ainsi que par l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Il est caractérisé par une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente (décret en Conseil d'Etat, art. R. 4133-1)

Ce caractère individuel de l'obligation n'est en rien contradictoire avec des démarches collectives d'analyse des pratiques, mais se réfère simplement à la notion d'implication active personnelle dans la démarche.

Le professionnel de santé satisfait à son obligation annuelle de DPC dès lors qu'il participe à un **programme de DPC** collectif.

[...] Le **programme de DPC** peut être annuel ou pluriannuel. Il repose sur une méthode et des modalités validées par la Haute Autorité de Santé. Il est mis en œuvre par les organismes de DPC enregistrés auprès de l'Organisme gestionnaire de DPC (projet de décret relatif au **DPC**, art. R.4133-2)

Grâce au DPC, le professionnel doit être capable de :

- Exercer l'ensemble de ses missions dans sa pratique quotidienne ;
- Promouvoir une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients dans la pratique quotidienne, tant au niveau individuel que collectif ;
- S'adapter aux évolutions du système de santé et à ses répercussions sur les conditions d'exercice, en intégrant les nouveaux enjeux associés à la territorialité et la pluridisciplinarité ;
- Gérer son parcours professionnel et son parcours de formation tout au long de sa carrière.

Quels que soient les démarches ou les modes d'organisation de l'exercice médical et soignant, deux modes d'entrée dans le DPC sont possibles (figure 1) :

- Partir des résultats et de l'analyse des pratiques réalisées habituellement (démarche réflexive...),

- Partir du perfectionnement des connaissances ou des compétences (apprentissage de nouvelles techniques, appropriation de recommandations de bonne pratique, acquisition et approfondissement des connaissances et compétences...).

Dès lors une méthode de DPC est caractérisée par la succession indéfinie des 3 étapes suivantes :

1. **Confronter les pratiques réalisées aux pratiques recommandées** (et réciproquement selon le mode d'entrée utilisé). Cette étape est réalisée en utilisant les références disponibles (scientifiques, éthiques, réglementaires, organisationnelles) mais aussi l'expérience des professionnels et les préférences des patients afin d'identifier les points forts et les causes des dysfonctionnements et apprécier les nouveaux besoins éventuels de formation.
2. **Mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité** (mise en œuvre d'une prise en charge protocolée, chemin clinique, formation, surveillance des points critiques de la prise en charge...) pour corriger les dysfonctionnements, consolider les points forts repérés et acquérir si besoin des connaissances ou des compétences.
3. **Suivre** ces actions et **mesurer** régulièrement le changement (indicateurs) et **l'impact** sur les pratiques. Le retour d'expérience des professionnels est favorisé pour identifier de manière collective et pérenne d'autres possibilités d'amélioration des pratiques, des connaissances ou des compétences.

La mise en œuvre de cette méthode est adaptable aux différents contextes d'exercice. Elle doit viser également à extraire le professionnel de santé d'un exercice individuel et isolé pour favoriser le travail en équipe, si possible pluriprofessionnel.

Un **programme de DPC** est un **ensemble d'activités** d'évaluation et de formation, centrées sur l'analyse des pratiques, l'appropriation et la mise en œuvre de recommandations, réalisées pendant une **durée définie** dans le but d'atteindre des **objectifs précis en termes d'amélioration**.

Différentes approches et outils de DPC peuvent être utilisés au cours d'un même programme

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES D'EPP POUR PARTICIPER AU DPC (Tableau 1, Figure 2)

a- Si on souhaite observer une pratique au regard d'une pratique jugée optimale et idéale, on peut mettre en place :

- **un Audit Clinique**
- **ou une Revue de Pertinence des Soins**

Il s'agit d'une comparaison à un référentiel : recommandations professionnelles, consensus professionnels ou réglementation.

b- Si on souhaite analyser une prise en charge ou un processus donné, on peut mettre en place :

- **un Chemin Clinique**

Il s'agit d'une planification optimale du parcours du patient avec pour chaque étape une description des tâches à réaliser par les différents acteurs.

- c- Si on souhaite analyser des événements indésirables (EI), on peut mettre en place :
- **une Revue de Morbi-Mortalité**

Il s'agit d'un temps d'analyse collective *a posteriori*, à la suite de la survenue d'un Évènement indésirable au cours de la prise en charge du patient.

- d- Si on souhaite analyser l'évolution d'une pratique, on peut mettre en place :
- **un Suivi d'indicateurs**

1- Audit clinique (AC)

Il s'agit d'une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles, souvent utilisée en première intention, qui permet à l'aide d'un nombre plus ou moins limité de critères, de comparer ses pratiques à des références admises, en vue de les améliorer.

L'audit clinique peut porter sur l'ensemble d'un processus de prise en charge du patient (ex : prise en charge des patients curarisés) ou seulement sur un segment de processus (ex. : monitoring de la curarisation) et évoluer vers un suivi d'indicateurs (ex : % de patients ayant bénéficié d'une curarisation peropératoire présentant une curarisation résiduelle). L'audit peut concerner un acte lié à un métier (ex. : pose d'un cathéter), un thème transversal (ex. : l'information du patient) ou l'organisation et les ressources de l'institution.

Objectifs :

Évaluer la conformité de prise en charge au regard des bonnes pratiques. Il s'agit d'une méthode assez lourde à mettre en œuvre, mais souvent incontournable pour débiter un travail d'EPP, car elle permet de faire une photographie de départ des pratiques et de ses écarts.

2- Revue de pertinence des soins (RPS)

La revue de pertinence de soins est une méthode qui évalue l'adéquation des soins aux besoins des patients, c'est-à-dire le caractère approprié de ces soins.

Objectifs :

Évaluer la pertinence des soins en regard des référentiels existants.

La RPS s'applique :

- à un soin
- à un programme de soins
- à l'indication d'un soin
- à la poursuite d'un soin.

L'analyse des réponses obtenues conduit à une des deux conclusions suivantes :

- l'acte de soin est « pertinent », le dossier est classé
- l'acte de soins est « non pertinent », on recherche alors la(les) cause(s) de non pertinence.

Exemple de RPS :

- RPS pour les examens préopératoires,
- RPS pour le monitoring des patients (curarisation, monitoring invasif...)

3- Le chemin clinique (CC)

C'est à la fois un outil d'aide à la prise en charge (utilisé *a priori*, comme check-list de prise en charge) et un outil d'évaluation (utilisé *a posteriori* avec retour au dossier patient) de cette prise en charge.

Le chemin clinique est particulièrement recommandé lorsque l'on souhaite mieux maîtriser des prises en charge à haut volume et à forte variabilité. Il peut être élaboré au sein d'une unité, d'un service, d'un pôle, d'un groupement ou d'une Institution.

Objectifs :

- Assurer une prise en charge optimale et homogène des patients
- Planifier le parcours du patient
- Améliorer la coordination des différents intervenants auprès du patient (difficulté de coordination entre intervenants, oublis et/ou répétitions d'actes)

Exemple de champs d'application : Le processus décrivant les différentes étapes du patient opéré est particulièrement adapté à cette méthode

4- Revue de morbi-mortalité (RMM)

C'est une analyse collective et systémique *a posteriori* de la survenue de décès, d'évènements indésirables graves ou porteurs de risques.

Cette revue peut être réalisée à différents niveaux : Unité, Service, PAM, Établissement, Réseau de soins.

Objectifs :

- Analyser les causes immédiates et profondes des défaillances observées
- Mettre en œuvre des actions préventives et correctives pour diminuer les risques et éviter la survenue de pareils évènements
- Passer d'une culture de la faute et de la culpabilité à une culture de la responsabilité, et de la transparence

Exemples : Mise en place d'une revue de morbi-mortalité en anesthésie avec l'analyse collective des causes d'un évènement indésirable survenu au bloc opératoire avec la participation du chef de service, des anesthésistes-réanimateurs, des IADE et éventuellement du cadre de bloc opératoire et des IBODEs et équipe chirurgicale en fonction des évènements analysés.

La mise en place de RMM est importante, puisque rendu obligatoire pour les équipes d'anesthésie réanimation et de chirurgie dans le cadre de la V2010 de la certification des établissements de santé.

5- Suivi d'indicateurs

Le suivi d'indicateurs étudie l'évolution d'indicateur(s) d'une prise en charge donnée de manière prospective.

Conseils pratiques : Pour faciliter et pérenniser un suivi d'indicateurs, il faut réfléchir à un suivi informatisé qui permette le traitement automatisé des données déjà collectées en routine

Objectif :

Parvenir à des processus de soins stables dans le temps avec un niveau de qualité requis.

Le suivi d'indicateurs s'organise à l'échelle des Unités, Service, Pôle, Groupement, Institution...

Exemple de champ d'application :

- Taux de conformité à un standard (exemple : remplissage de la check liste)
- Taux de complications opératoires : taux de curarisation résiduelle en SSPI chez des patients curarisés, taux de patients ayant une EVA >3, 4 ou 5 en SSPI ; taux de patients sortant de salle d'opération avec une température <36,5°C)
- Taux de recours à certaines procédures (exemple : sondage urinaire après retour en SSPI dans les unités de soins)

LE CHOIX DU THÈME

Les thématiques d'EPP résultent souvent de préoccupations, de questionnements ou de difficultés de prise en charge au sein des services.

La mise en œuvre d'une démarche d'EPP doit pouvoir s'intégrer aisément à l'exercice quotidien, avec un objectif concret d'amélioration des pratiques professionnelles.

Voici un certain nombre de questions à se poser pour savoir si le thème choisi est un bon thème d'EPP :

- La pathologie ou la situation clinique choisie est-elle fréquente ?
- Les pathologies ou la situation clinique choisie ont-elles des implications potentielles en termes de gravité/séquelles pour le patient ?
- La situation étudiée bénéficie-t-elle d'un fort potentiel d'amélioration des pratiques ?
- Les professionnels à impliquer dans la démarche sont-ils motivés ?
- Existe-t-il idéalement des référentiels de prise en charge ou à défaut un référentiel de pratique interne pour la prise en charge étudiée ?
- Les actions correctrices envisageables, a priori, sont-elles réalisables et acceptables, en termes de ressources ?
- La pratique étudiée connaît-elle une variabilité avec parfois des écarts graves et/ou coûteux ?
- Le sujet étudié est-il en adéquation avec la politique qualité et sécurité de l'institution ?

Les thèmes d'EPP ne maquent pas, notamment du fait de la politique de gestion des risques mise en place au sein des différents établissements, et du large choix de référentiels proposés par notre société savante, la Sfar.

À titre d'exemple :

- La check liste de la HAS, dont la mise en place est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2010 répond parfaitement bien à une thématique d'EPP. En effet, il s'agit d'une thématique pluriprofessionnelle (impliquant le personnel soignant IBODE, IADE et médical chirurgical et

anesthésiste-réanimateur), orientée sur la gestion des risques, qui répond aux exigences de la certification V 2010 des établissements de santé (**Critère 26.a** : Organisation du bloc opératoire, qui est une Priorité Exigible Prioritaire). Mettre en place un programme d'EPP sur la check liste ne doit pas être confondu avec la mise en place de la check liste. Il s'agit d'une évaluation de la mise en place de la check liste, évaluation quantitative (la check liste est elle réalisée dans tous les cas, si non, pourquoi ?) et qualitative (chacun des items fait-il référence à des procédures connues, validées, les items sont ils réalisés avec le niveau de communication nécessaire ?....). Des programmes d'EPP sur ce thème peuvent faire appel à une méthode d'audit interne et/ou externe par exemple, et éventuellement à un suivi d'indicateur.

Si le personnel qui a réalisé ce travail d'EPP sur la check liste suit des formations sur le risque au bloc opératoire, il peut alors réaliser son programme de DPC.

- De nombreuses autres thématiques orientées sur la gestion des risques sont bien entendu possibles, notamment celles qui possèdent un référentiel de bonne pratique (disponibles sur le site internet de la SFAR : www.sfar.org) et un programme d'EPP adossé (disponibles sur le site du CFAR : www.cfar.org). On peut citer notamment l'intubation difficile, l'erreur médicamenteuse (surtout que ces deux thèmes font partie des Évènements Porteurs de Risque (EPR) portés par notre discipline dans le cadre de l'accréditation des spécialités à risque). Mais on peut citer aussi : antibioprofylaxie, nausées vomissements postopératoires, prise en charge des patients en SSPI, curarisation des patients ... qui représentent des thématiques transversales impliquant les IADE.

CONCLUSION

Les IADE sont maintenant totalement impliqu(e)s dans les démarches d'EPP. Celles-ci doivent être réalisées de façon collective, et pluriprofessionnelle en commun avec les équipes médicales. Ces démarches d'EPP doivent être valorisées dans le cadre de démarches de DPC avec des actions de formations continues complémentaires sur le thème choisi, et s'intégrer dans le cadre de la certification de l'établissement en répondant aux différents items du manuel V2010 qui laisse une place importante à l'EPP. Ces actions d'EPP peuvent amener à des publications de haut niveau.

Figure 1.- Le DPC : deux modes d'entrée : par la formation continue (pratiques recommandées, idéales) ou par l'EPP (pratiques réalisées).

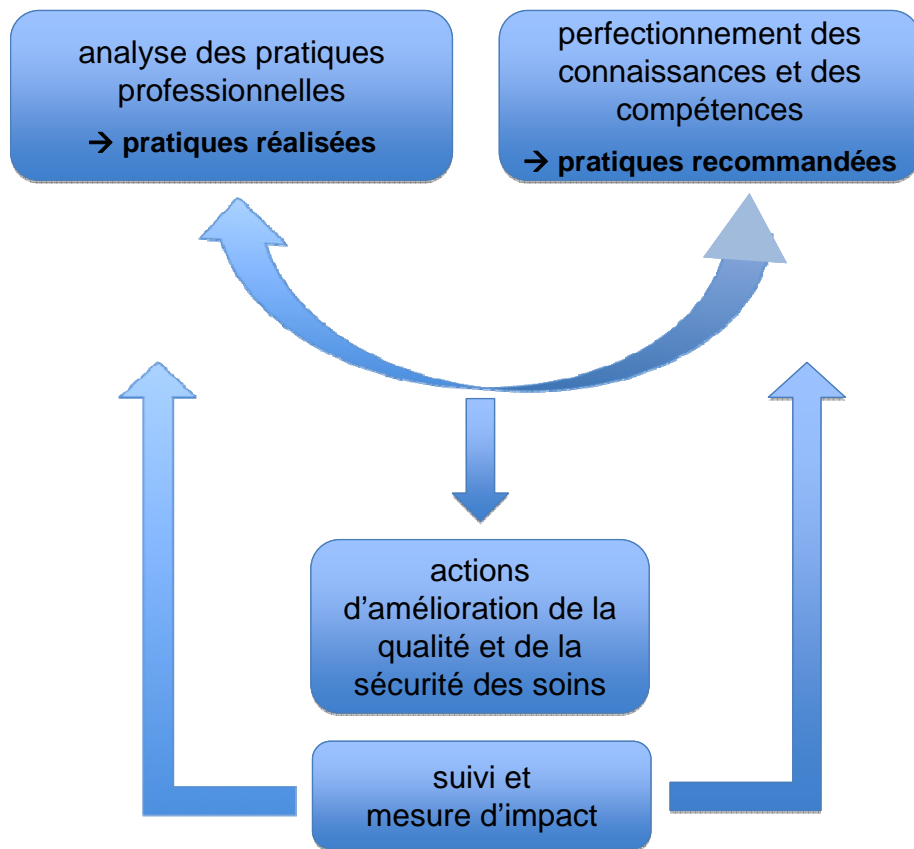


Figure 2.- Les différentes méthodes d'EPP sont classiquement basées sur 4 approches.

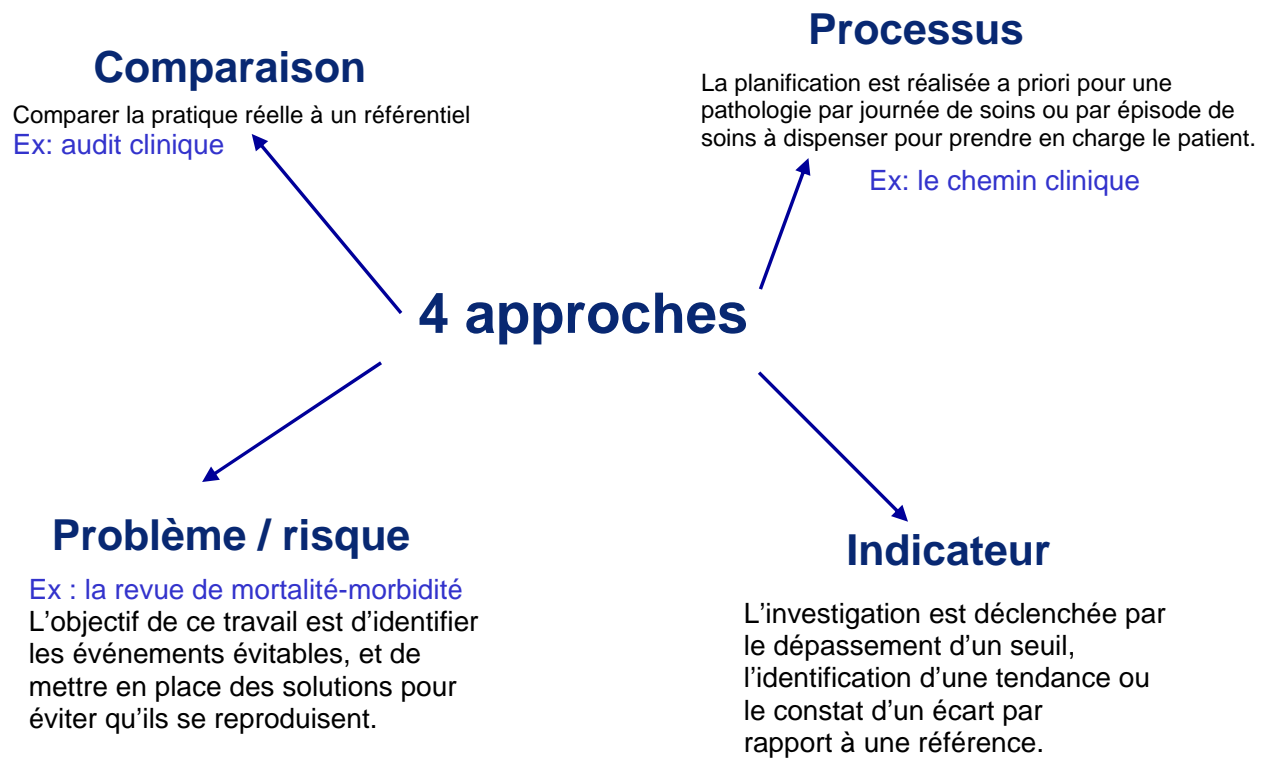


Tableau 1.- Les différentes approches et outils de DPC

Types d'approches	Démarches et outils
Acquisition et approfondissement des connaissances ou compétences à la suite d'une analyse des pratiques cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Programme de formation collective : stages cliniques, ateliers et séances de simulation en santé, e-learning, - Programme de formation cognitive.
Analyse de problématiques professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan professionnel, bilan de compétence... , mise en œuvre et suivi d'un plan de développement.
Gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> - Revue de mortalité et de morbidité : cette méthode basée sur l'analyse collective et systémique des événements indésirables liés aux soins a pour objectifs la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. - Démarche d'accréditation des médecins de spécialités à risque. Démarche fondée sur l'analyse des événements porteurs de risque.
Comparaison à un référentiel	<ul style="list-style-type: none"> - Audit clinique : cette méthode permet de comparer les pratiques de soins à des références admises, à l'aide de critères d'évaluation de la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer. L'audit clinique distingue 6 étapes : choix du thème, choix des critères, choix du protocole de mesure, recueil des données, analyse des résultats et plan d'actions d'amélioration avec suivi de son impact. - Revue de pertinence des soins : cette méthode permet d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients.
Parcours clinique du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Chemin clinique (Clinical pathway) : centré autour du patient, le chemin clinique a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable.
Analyse des pratiques liées à l'exercice d'activités multidisciplinaires en réseau ou entre professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôle de santé et centre de santé : un groupe mono ou pluriprofessionnel de professionnels de santé organise un exercice ambulatoire coordonné autour d'un projet de soins commun comprenant la mise en œuvre et le suivi de protocoles, en référence aux recommandations, dans un but d'amélioration des pratiques et des soins délivrés aux patients. - Exercice coordonné en réseaux de santé : ils déploient auprès des professionnels de santé et des patients une expertise clinique pluridisciplinaire, des outils de partage d'information et des réunions de concertation pluridisciplinaire, faisant appel à de l'analyse et de la confrontation des pratiques. - Utilisation d'indicateurs de pratique clinique pour suivre les étapes clés d'un parcours intégré en termes d'efficacité, de sécurité et d'accès.
Revue de dossiers et d'analyse de cas	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe d'analyse de pratiques entre pairs (peer review) : des professionnels se réunissent régulièrement pour analyser les problèmes rencontrés dans des situations réelles, en partant ou non de l'analyse de leurs dossiers patients. - Staff-EPP en établissements de santé : des réunions régulières permettent aux professionnels, après une revue de dossiers associée à une revue bibliographique, d'identifier des enjeux d'amélioration à mettre en œuvre en intégrant les meilleures références disponibles, l'expertise des praticiens et les choix des patients. - Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP) : donne un avis thérapeutique pluridisciplinaire pour tous les nouveaux patients atteints de cancer et permet la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.
Retour d'expérience	<ul style="list-style-type: none"> - Registre, observatoire, base de données : le recueil et l'analyse de données standardisées issues des pratiques professionnelles, à propos d'un thème donné, permettent aux professionnels de santé d'analyser et d'évaluer leurs pratiques, pour décider de la mise en œuvre d'actions d'amélioration.