

EPP Infirmier en réanimation – Aspect théorique

Pr. Paul Michel MERTES*, Mme Karin SANCHES

Service d'anesthésie-réanimation chirurgicale, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Nouvel Hôpital Civil, 1 Place de l'Hôpital - BP 426, 67091 STRASBOURG CEDEX

*Auteur correspondant : paul-michel.mertes@chru-strasbourg.fr

POINTS ESSENTIELS

- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au service du patient est une priorité de tout système de soins de qualité. L'évaluation des pratiques professionnelles est un instrument de cette politique.
- La nouvelle loi HPST (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. L. 4133-1) 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).
- Le DPC (et donc l'EPP) est caractérisé par une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente (décret en Conseil d'État, art. R. 4133-1).
- Le caractère individuel de l'obligation se réfère à la notion d'implication active personnelle dans la démarche.
- L'évaluation des pratiques professionnelles est caractérisée par la succession indéfinie de 3 étapes : (i) Confrontation des pratiques réalisées aux pratiques recommandées, (ii) Mise en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité, (iii) Suivi des actions et mesure régulière des changements (indicateurs)
- L'engagement des professionnels doit faire l'objet d'une traçabilité.
- Les modalités d'évaluation des pratiques professionnelles sont définies par l'HAS et ont été classées selon cinq types d'approches (Gestion des risques, Revue de dossiers et analyse de cas, Indicateurs, Analyse des parcours de soins, Analyse de parcours professionnel)
- Des outils d'aide à la mise en place de ces actions d'évaluations des pratiques professionnelles sont disponibles sur les sites du CFAR (www.cfar.org) et de la HAS (www.has-santé.fr).

INTRODUCTION

Les problèmes posés par la formation médicale et paramédicale, la qualité des soins et leur sécurité sont l'objet d'une attention ancienne et constante, qui s'étend bien au-delà du seul monde médical, à l'ensemble de la société, tant au niveau institutionnel qu'à celui des individus.

Différents travaux dont le célèbre rapport de l'Institut de Médecine Américain publié en 1999 et intitulé *To err is human* ont mis en lumière l'ampleur du problème de la mortalité iatrogène (44 à 98 000 morts par an aux États-Unis) contribuant ainsi à accroître l'intérêt pour l'amélioration de la sécurité en médecine ¹. Par ailleurs, de très nombreuses études ont souligné l'écart considérable existant entre les connaissances disponibles et leur déclinaison pratique ². La diffusion des systèmes de recensement des événements indésirables (EI) a montré que malgré la présence de la qualité, la sécurité pouvait demeurer un problème. La notion de sécurité a longtemps été confondue avec la qualité. En réalité, la qualité appréhende un processus alors que la sécurité vise un résultat ³. C'est l'organisation des pratiques plutôt que le contenu clinique du soin qui apporte la sécurité ⁴. Et cette notion a amené à la prise de conscience qu'après avoir développé la qualité il fallait développer la sécurité. Les infirmiers, notamment en réanimation, comme l'ensemble des professionnels de santé, sont désormais appelés à s'engager dans des démarches qui visent à améliorer la prise en charge globale des patients.

CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

La nouvelle loi HPST (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. L. 4133-1) 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).

Le DPC est caractérisé par une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente (décret en Conseil d'État, art. R. 4133-1). Les textes d'application du DPC parus en janvier 2012 placent ainsi tous les professionnels de santé dans la même obligation annuelle d'évaluation des pratiques et de formation continue. 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.

Jusqu'à présent, seule la formation continue était obligatoire pour les infirmiers (décret n°2004-802 du 29 juillet 2004), alors que la loi de l'assurance maladie de 2004 et le décret d'application du 14 avril 2005 imposaient les démarches d'EPP pour les seules professions médicales. Les professions paramédicales n'étaient impliquées dans l'EPP que par la certification des établissements de santé.

Cette nouvelle loi, en impliquant directement l'ensemble des professions médicales et paramédicales, nous invite donc à développer des programmes EPP pluriprofessionnels, collectifs et non individuels, impliquant tous les membres des équipes qui travaillent ensemble, et plutôt orientés sur la gestion des risques.

L'engagement des IDE de réanimation, de SSPI et des IADE au côté des médecins anesthésistes réanimateurs dans le développement des programmes EPP est l'occasion de développer une véritable culture de qualité et de sécurité au sein des services d'anesthésie-réanimation partagée par l'ensemble des membres de l'équipe et résolument placée au service de nos patients.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Principes

Une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles est caractérisée par un ensemble d'actions 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. Elle se caractérise par la succession indéfinie de différentes étapes :

1. Confrontation des 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. Mise en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité (mise en œuvre d'une prise en charge définie par un protocole, 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. Suivi des actions et mesure régulière des changements (indicateurs) et de 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.

L'amélioration des pratiques professionnelles nécessite donc des recommandations professionnelles, des méthodes et des outils développés notamment par la HAS et les sociétés savantes. L'HAS a récemment défini dans un document-cadre les Méthodes et modalités de DPC

Ce document précise la nature d'un programme DPC qui doit :

- être conforme à une orientation nationale ou à une orientation régionale de DPC ;
- comporter une des méthodes et des modalités validées par la HAS après avis de la commission scientifique indépendante (CSI) ou de la commission scientifique du Haut conseil des professions paramédicales (HCPP) (art. R. 4021-24 du décret n°2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC) ;
- être mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré et évalué positivement par la CSI correspondante de la profession ou la CS du HCPP

Conditions de validation individuelle

Les conditions permettant d'apprécier la participation effective d'un professionnel à un programme de DPC ont également été définies par la HAS. Elles reprennent les critères utilisés classiquement dans les actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins telles qu'elles avaient été définies antérieurement à la mise en place du DPC. En ce qui concerne l'analyse des pratiques professionnelles, une activité explicite comporte : (i) un temps dédié ; (ii) un référentiel d'analyse reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts ...) ; (iii) une analyse critique et constructive des pratiques réalisées, par rapport à la pratique attendue ; (iv) des objectifs et des actions d'amélioration ; (v) un suivi de ces actions et une restitution des résultats aux professionnels.

L'engagement des professionnels doit faire l'objet d'une traçabilité. À ce titre, il est demandé à chaque professionnel de santé : (i) de décrire son implication dans le programme de DPC en renseignant chaque année un bilan individuel d'activité qui comprend au minimum : les besoins

identifiés par le professionnel, le programme suivi, les actions d'améliorations mises en œuvre ; (ii) de pouvoir justifier les actions entreprises en conservant tous les documents susceptibles de lui être demandés (attestation de présence, compte-rendu de réunion, de résultats d'évaluation, de fiche de suivi d'actions d'amélioration, etc.).

Méthodes

Les modalités d'évaluation des pratiques professionnelles retenues dans le cadre du DPC reprennent, de manière non limitative et évolutive, les approches traditionnellement proposées par la HAS. Bien entendu, dans le cadre du DPC, elles devront être complétées par une activité d'acquisition des connaissances ou de compétences qui pourra être (i) intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel ou de la recommandation qui sert de fondement à l'EPP ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser dans le cadre de cet EPP, ou (ii) externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques et articulée avec elle.

Les modalités d'évaluation des pratiques professionnelles ont été classées selon cinq types d'approche :

Gestion des risques

- revue de mortalité et de morbidité (RMM), Comité de retour d'expérience (CREX), Revue des erreurs médicamenteuses (REMED)
- analyse *a priori* des risques (analyse de processus, Analyse des modes de défaillances et de leurs effets : AMDE...)

Revue de dossiers et analyse de cas

- groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médicotechniques, pratiques réflexives sur situations réelles
- réunions de concertation pluridisciplinaire
- revue de pertinence

Indicateurs

- suivi d'indicateurs
- registres, observatoire, base de données
- audit clinique

Analyse des parcours de soins

- chemin clinique

Analyse de parcours professionnel

- bilan de compétences

De très nombreux documents décrivant ces différentes méthodes, ou d'outils d'aide à la mise en place de ces actions d'évaluations des pratiques professionnelles, ainsi que des exemples d'évaluation des pratiques sont disponibles sur les sites du CFAR (www.cfar.org) et de la HAS (www.has-santé.fr).

CONCLUSION

Les professions paramédicales, et notamment les infirmiers travaillant en réanimation sont maintenant totalement impliqué(e)s au côté des médecins anesthésistes réanimateurs dans les démarches d'EPP. Celles-ci doivent être réalisées de façon collective, pluri professionnelle, et

être valorisées dans le cadre de démarches de DPC avec des actions de formations continues complémentaires idéalement complémentaires du thème choisi. Ces actions doivent s'intégrer dans le cadre de la certification des établissements de santé.

Elles représentent une formidable opportunité de développer une véritable culture de qualité et de sécurité au sein des services d'anesthésie-réanimation.

RÉFÉRENCES

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human - Building a Safer Health System. Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS, 1999.
2. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
3. Latil F. Place de l'erreur médicale dans le système de soins. *Pratiques et Organisation des Soins* 2007;38:69-77.
4. Williams SV. Improving patient care can set your brain on fire. *Ann Intern Med.* 2005;143:305-6.
5. HAS. Développement professionnel continu, Méthodes et modalités de DPC. www.has-sante.fr, 2012.