

Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) : principes et enjeux pour les paramédicaux

M. MONTAGNON

1. Introduction

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), si elle n'est pas obligatoire pour les paramédicaux, est une exigence professionnelle qui s'impose à toutes les professions. Les établissements de santé (ES), soumis à la démarche de certification pilotée par la HAS, réalisent des démarches qualité comportant des évaluations des pratiques professionnelles (1). Ces démarches concernent souvent plusieurs équipes dans un établissement de santé.

Les médecins qui ont une obligation d'EPP individuelle, peuvent valider cette obligation lorsqu'ils s'impliquent dans ces démarches. L'EPP individuelle ne signifie pas qu'ils doivent réaliser une évaluation individuellement, mais qu'ils doivent s'impliquer personnellement dans l'EPP collective.

La démarche d'évaluation n'a réellement d'intérêt que si elle est le point de départ d'une démarche d'amélioration.

Une évaluation qui ne conduirait pas à la mise en place d'actions correctives et/ou préventives n'aurait pas de sens et serait très démotivante pour les professionnels. La démarche d'amélioration a pour objectif le maintien de certains résultats obtenus et l'amélioration de ceux qui s'avèrent insuffisants.

Coordinatrice des soins au CHU de Clermont-Ferrand, Chef de projet des EPP infirmières et autres paramédicaux en établissement à la HAS, service SEVAM.

Correspondance : Secrétariat/Assistante : Christiane Pion, Direction des soins, CHU, 58 rue Montalembert, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1. Tél. : 04 73 75 12 74. E-mail : cpion@chu-clermont-ferrand.fr ou Karima Nicola, Service SEVAM, HAS, 3 rue Francis De Presense, 93218 St-Denis La Plaine. Tél. : 01 55 93 71 96. E-mail : Karima.nicola@has-sante.fr

Pour mettre en œuvre cette politique EPP, la Haute Autorité de santé s'engage dans une démarche de partenariat avec les professions de santé.

La profession infirmière devrait d'ici janvier 2009 bénéficier de la mise en place d'un conseil de l'ordre (élection du conseil national le 25 novembre 2008), comme les masseurs-kinésithérapeutes et les podologues dont l'une des missions est de participer à la diffusion des règles de bonnes pratiques en soins et d'organiser l'évaluation de ces pratiques en coordination avec la Haute Autorité de santé (2).

Le Haut Conseil des professions paramédicales est installé depuis septembre 2008, sous la Présidence d'Édouard Couty (3). Il devrait s'impliquer, conformément à ses missions et en coordination avec la HAS dans la diffusion des recommandations de bonne pratique et la promotion de l'évaluation des pratiques des professions paramédicales et favoriser un fonctionnement interprofessionnel.

2. Les principes de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

2.1. Définition

L'EPP (évaluation des Pratiques Professionnelles) est une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, c'est-à-dire de la qualité des soins.

C'est une démarche organisée pour améliorer les soins, consistant à *analyser ces pratiques réalisées et les résultats obtenus, au regard des références professionnelles*.

Ce n'est pas une évaluation/sanction, son but est de faire prendre conscience des problèmes en vue de les améliorer, pour une meilleure prise en charge du patient.

2.2. Généralités

L'EPP des paramédicaux n'est pas une obligation. Seuls les médecins ont une obligation de certification individuelle de leurs EPP.

La seule obligation des infirmiers et autres paramédicaux, est la formation professionnelle, définie dans la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004. Un lien entre formation et évaluation des pratiques existe car l'EPP, détermine des axes d'amélioration dont les applications pourront être facilitées par des actions de formation.

- La formation continue privilégie une approche davantage pédagogique, fondée sur l'acquisition de nouvelles connaissances/compétences ;
- L'EPP privilégie une approche davantage clinique et professionnelle, fondée sur l'analyse des données de l'activité.

Dans les faits, EPP et formation continue se rejoignent, notamment parce que la formation continue ne peut être qu'attentive aux résultats qu'elle obtient et que l'EPP doit s'appuyer sur les « Bonnes Pratiques » actualisées pour analyser les données de l'activité clinique des médecins.

Les infirmier(e)s et autres paramédicaux participent aux EPP dans le cadre de la certification qui est une obligation pour les établissements de santé. Ces EPP sont des priorités institutionnelles pluridisciplinaires, elles permettent de conforter la confiance des patients dans la qualité des soins qui leur sont dispensés et de s'assurer de la bonne utilisation des ressources. Elles ne sont pas une démarche spécifique des soignants, mais de l'ensemble des acteurs de l'hôpital, sous la responsabilité du chef d'établissement.

Chaque profession soignante ou chaque équipe de soins peut décider de faire de l'EPP pour améliorer des situations de soins au sein de son service, de son pôle ou en cabinet, en maison de santé et réseau de soins. Les thèmes d'amélioration sont alors décidés par les personnes directement concernées. Cette démarche volontaire qui permet de choisir ses priorités, est plus appréciée et plus valorisante pour les paramédicaux. C'est à leur initiative et l'EPP est alors incluse dans la pratique quotidienne.

Remarque :

Dans les établissements publics de santé, il est possible que les paramédicaux enregistrent et suivent leurs EPP à l'aide de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT).

Ceci permettra également de retrouver les personnes ayant participé à des EPP si cette démarche d'EPP devenait obligatoire pour eux dans l'avenir.

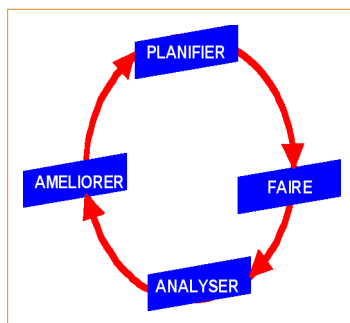
3. La méthodologie

D'une manière générale, les démarches d'amélioration de la qualité s'inscrivent dans le modèle proposé par DEMING. Ce modèle comprend quatre étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment :

Étape 1 : Planifier : identification des pratiques, choix du thème

Un thème ou une prise en charge est choisi suite à un questionnement (modalités de prise en charge, problème de soins, potentialité d'amélioration, résultat d'un audit préalable, nouvelle pratique recommandée à mettre en œuvre, etc.).

Le thème ou la prise en charge est défini précisément par tous les acteurs concernés, identifiés et impliqués. Des objectifs sont précisés, les échéances fixées.



Étape 2 : Faire : description des pratiques, diagnostic de la situation (identifier les points à améliorer et les points d'excellence à maintenir).

Les professionnels décrivent précisément leurs pratiques réelles. Les données disponibles (audit, enquête, données issues de registre, signalement, analyse de dossiers, etc.) sont utilisées.

Ces pratiques réelles sont analysées pour rechercher les dysfonctionnements ainsi que leurs causes, et sont confrontées aux pratiques recommandées disponibles (références professionnelles, scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques).

Étape 3 : Analyser : l'élaboration des pratiques optimales (construire une nouvelle manière de faire)

Elles sont construites de manière consensuelle lors de discussions au sein de l'équipe. Pour cela on utilise les meilleures références disponibles, couplées à l'expérience des professionnels et tenant compte des préférences des patients.

Les dysfonctionnements repérés sont corrigés et les points-clés sont identifiés. Des axes d'amélioration ainsi que leurs modalités de mesure sont définis.

Étape 4 : Améliorer : amélioration et évaluation des pratiques (évaluer pour mesurer l'amélioration ou la conformité aux actions demandées au départ)

Des actions d'amélioration sont alors planifiées puis mises en œuvre selon des modalités explicites (mise en place et suivi de nouveaux protocoles, chemin clinique, nouvelle organisation des soins ou de la prise en charge...).

L'impact sur les pratiques est mesuré et évalué régulièrement (suivi d'indicateurs, audit ciblé, enquête...). Le retour d'expérience des professionnels est favorisé.

3.1. Conclusion

La démarche d'EPP doit être le plus possible, intégrée à la pratique quotidienne et être réalisée en équipe. En établissement de santé, le management fait par le cadre du service ou du pôle est un gage de réussite de l'EPP intégrée dans l'activité de soin au quotidien.

La démarche d'EPP se fait plus souvent autour de la prise en charge d'un patient qu'autour d'un acte de soin.

La pratique est régulièrement évaluée pour s'assurer que les actions préconisées lors d'une EPP sont toujours appliquées et donnent les résultats escomptés.

Pour un ressenti positif, il est indispensable que ce soient les équipes qui réalisent l'EPP qui choisissent les critères de l'évaluation et qui fixent l'échéancier.

L'utilisation de protocoles fait partie de la démarche d'EPP, car ils sont élaborés au regard de références et validés. Ils sont un des outils d'amélioration, à condition qu'ils soient connus et appliqués, d'où l'intérêt d'associer le maximum de personnes lors de leur élaboration. Il est important qu'ils soient réalisés au plus près du terrain.

4. Les enjeux pour les personnels paramédicaux en médecine d'urgence

4.1. Enjeu sur l'organisation

Les fluctuations d'activité et les prises en charge variées de patients sont deux facteurs majeurs qui désorganisent les services d'urgences (4).

Les pressions dans ces services sont telles, qu'il est primordial de travailler des EPP pour *améliorer la coordination des acteurs autour du patient*.

Les EPP dans les services d'urgence doivent être réalisées sur des prises en charge de patients et non sur un soin.

Les EPP doivent être pluridisciplinaires.

Les responsables d'une EPP doivent être, tantôt médicaux, tantôt soignants, en particulier l'encadrement.

Les cadres infirmiers des urgences peuvent utiliser la démarche EPP comme support au management de la qualité dans leur unité de soins. C'est à eux de choisir, avec leurs équipes les thèmes prioritaires qui pourront avoir un impact certain sur l'amélioration de la qualité.

Remarque :

L'architecture est parfois une contrainte forte sur les organisations. Quand cela est possible, en particulier à la création d'un service des urgences, il est indispensable *d'associer tous les acteurs qui vont devoir travailler dans les locaux*.

4.2. Enjeu sur la communication et l'information

Chaque fois qu'est créé un outil (protocole, arbre décisionnel, procédure d'organisation...) il est indispensable de penser à : « *comment faire savoir, quand sera-t-il lu ? Comment faire pour qu'il soit appliqué, utilisé ? Quel support pour une communication aisée ?* ».

Les notions de classement, rangement, accès à l'information doivent être pris en compte.

L'informatique doit être, lorsque cela est possible, privilégiée comme support des documents, dossiers des patients (gestionnaire centralisé et informatisé des documents).

Des liens très forts doivent exister avec les écoles ou instituts, en particulier ceux assurant les formations initiales : IFSI et IFAS.

Il est important que les formateurs et les soignants des services tiennent le même discours sur les pratiques professionnelles. C'est donner des références fortes de l'exercice de l'art infirmier que le professionnel pourra réutiliser dans sa pratique quotidienne.

Ceci est encore plus indispensable aux urgences en raison de la diversité des soins et des prises en charge.

4.3. Enjeu sur la gestion des risques

Les services d'urgence sont des lieux exposés aux plaintes des usagers du système hospitalier.

Il est indispensable de mettre à la disposition des agents des protocoles sur les activités les plus à risques. Certains soins nécessitent des protocoles spécifiques.

Le décret n° 2006-25 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence prévoit la gestion spécifique des risques aux services des urgences.

Une fiche de signalement des dysfonctionnements doit être mise en œuvre dans les établissements de santé.

Des feuilles d'incidents indésirables sont mises à la disposition des services et doivent bénéficier d'une gestion centralisée, par exemple à la direction de la clientèle, des risques et vigilances.

Les incidents peuvent toucher les malades, les usagers ou le personnel. Il faut qu'une politique des risques existe au sein de l'ES pour que des réponses puissent être apportées quand le service est confronté à de graves difficultés.

Le cadre doit manager son équipe pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

Il est utile de suivre les plaintes reçues à la Commission des Relations avec les Usagers, de la Qualité et de la prise en charge (CRUQ, ex. Commission de conciliation) pour trouver des thèmes d'EPP et pour réajuster.

4.4. Enjeu sur l'encadrement des nouveaux agents et des étudiants

Il est possible de faire de l'EPP pour améliorer l'accueil et la prise en charge des nouveaux embauchés ainsi que l'encadrement des étudiants.

À partir des problèmes rencontrés par cette population, il est possible de construire un programme EPP, en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans le service des urgences.

Les solutions décidées en équipe peuvent toucher de nombreux aspects des activités de soins des professionnels soignants :

- L'accueil.
- La mise en place d'un tutorat.
- Une politique « protocoles ».
- Une politique « modes opératoires ».
- La formation interne au service, cours par les médecins du service.
- La formation ad hoc pour les nouveaux matériels.
- La gestion des documents, des stocks.
- L'utilisation de l'outil informatique.
- Les formations institutionnelles.
- AFGSU.
- Etc.

Le temps pris pour l'encadrement d'un nouvel embauché, dès sa prise de poste est un réinvestissement immédiat au service du malade.

C'est aussi donner toutes les chances à ce professionnel pour qu'il se sente en sécurité, s'intègre plus vite dans l'équipe.

C'est aussi pour l'équipe un gage de stabilité en réduisant le turn-over infirmier.

Ce temps d'intégration, n'est jamais une perte de temps pour la suite.

4.5. Conclusion

Un service d'urgence a bien sûr, comme tout service, un fonctionnement interne, mais il est très dépendant de l'organisation des autres services de son établissement et de la coordination avec le plateau technique.

De plus, cette complémentarité interne est complexifiée par l'organisation de la prise en charge de la permanence des soins au niveau de la ville, mais aussi de la région.

D'une bonne collaboration de tous les partenaires, dépend un fonctionnement des urgences mieux adapté au besoin de la population. Il est nécessaire d'obtenir une communication efficiente et l'obtention d'un consensus de territoire de santé.

Cette problématique des urgences se prête complètement à une EPP de territoire.

C'est un défi que pourront peut-être se lancer une ou plusieurs équipes ? !...

La difficulté la plus importante de l'EPP sera probablement la première étape.

C'est-à-dire obtenir un consensus des partenaires sur la réalité et le périmètre du problème examiné et désigner le chef de projet !... ARH/ARS ? Le service des urgences ?... Le SMUR ?...

Références bibliographiques

1. **Certification d'établissement.** L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, introduit la procédure de certification des établissements.
2. **Ordre infirmier.** Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national infirmier. 2 arrêtés fixes la répartition des membres de l'Ordre national et des conseils régionaux et interrégionaux. Arrêté du 13 mars 2008.
3. **Haut Conseil des professions paramédicales.** Décret n° 2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales.
4. **Article.** « Un chercheur s'emploie à cerner des médecins inclassables ». Le quotidien du médecin.

