

Le pilotage régional de la qualité et de la sécurité des soins : leçons issues d'une expérience aquitaine

A regional piloting of quality and safety in healthcare: lessons from the Aquitaine experience

Saillour-Glénisson F¹, Michel P²

Résumé

Le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est actuellement dans une situation paradoxale. D'un côté, nous assistons à une démobilitation des praticiens liée aux incertitudes accompagnant la concrétisation de l'obligation individuelle d'EPP ; d'un autre côté, l'EPP est renforcée dans les dispositifs nationaux au travers de la loi hôpital patient santé territoire et la certification V 2010 ; elle entre au niveau régional dans les missions des futures Agences régionales de santé (ARS). Seule une impulsion nationale et régionale permettra son développement à la hauteur des exigences de ces dispositifs.

Cet article décrit un programme d'accompagnement aux EPP des établissements de santé d'Aquitaine, mis en œuvre par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) entre 2005 et 2008, sous l'impulsion de la Haute Autorité de santé (HAS). Même si les résultats en termes d'amélioration de l'état de santé des patients n'ont pu être mesurés, ce programme régional a été un succès par la généralisation effective des programmes d'EPP et l'implication forte des médecins sur le terrain.

Les valeurs soutenant le pilotage régional par le CCECQA ont été l'autonomisation des établissements et des professionnels, l'émulation par la comparaison, la légitimité professionnelle par la compétence, la proximité au travers du travail de terrain, la médicalisation des activités et la neutralité dans la décision. La mise en œuvre de ces valeurs qui constituent une réponse aux principales réticences et freins à la réalisation des EPP, soulève la question d'une organisation régionale mettant en synergie les travaux des structures régionales d'évaluation chargées de la qualité et de la sécurité des soins, les futures ARS et les instances nationales.

Prat Organ Soins 2009;40 (4):297-308

Mots-clés : Réforme domaine santé ; qualité des soins ; administration et services de soins.

Summary

The implementation of clinical evaluation/audit activities is in a paradoxal situation. On the one hand, field healthcare professional, and especially physicians, express a large demotivation due to the uncertainty regarding the current implementation of the professional continuous development ; on the other hand, national initiatives strongly encourage its development in the new healthcare reform (HPST law) and in the healthcare organization accreditation process. At regional level, it belongs now explicitly to the missions of the new Healthcare Regional Agencies (ARS). A strong commitment at both national and regional levels is necessary to reach the goals defined by the French healthcare governance.

The paper describes a clinical evaluation program developed by the *Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine* (CCECQA) between 2005 and 2008, supported by the *Haute Autorité de Santé* (HAS). Although clinical improvement related to the implementation of these clinical evaluation/audit activities could not be assessed, this regional program was considered as a success because there was for the first time a real generalization of these activities in the hospitals and a real large commitment of the field physicians.

Values underpinning the regional piloting by the CCECQA were the professional legitimacy, proximity, medical management, autonomy, neutrality and competition through transparency. These values, defined to respond the usual difficulties and obstacles to quality improvement, stress the need to rethink the regional organization, with more relationship between the regional centers for quality and safety, the ARS and the national bodies.

Prat Organ Soins 2009;40(4):297-308

Keywords: Health care reform; quality of health care; health care economics and organization.

¹ Médecin de santé publique, chef de projet EPP, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA).

² Médecin de santé publique, directeur du Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA), président de la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et des organisations de santé (FORAP).

INTRODUCTION

Dès ses origines, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) s'est développée dans l'ambiguïté, oscillant entre une approche normative et sanctionnante et une approche formative [1]. Il n'est pas sûr que les derniers textes aient contribué à lever les ambiguïtés. La mobilisation des acteurs est actuellement dans une situation paradoxale.

D'un côté, après une période d'intérêt lors du lancement de la certification (Accréditation V2), nous assistons à une démobilitation importante des praticiens hospitaliers liée aux incertitudes qui accompagnent la concrétisation de l'obligation individuelle d'EPP. Cette démobilitation se traduit dans les établissements de santé par des difficultés à la mise en place effective des sous-commissions EPP et à des lenteurs dans la réalisation de nouvelles actions et dans le suivi des actions réalisées.

D'un autre côté, la loi hôpital patient santé territoire (HPST), en introduisant le développement professionnel continu, renforce la prépondérance de l'évaluation des pratiques professionnelles en la mêlant intimement à la formation continue et en élargissant le panel de professionnels soumis à l'obligation d'EPP. Dans cette même loi, ce développement entre dans les missions des Agences régionales de santé (ARS) renforcées vis-à-vis du pilotage de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Enfin, la version V 2010 de la certification réaffirme de façon notable la place de l'EPP *via* la volonté de mise en place d'un management des EPP qui s'apparente à la gouvernance clinique [2].

L'évaluation des pratiques professionnelles est ainsi au cœur des dispositifs nationaux et régionaux d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Seule une impulsion forte et structurée aux deux niveaux permettra son développement à la hauteur des exigences de ces dispositifs. Au niveau régional, l'EPP ne pourra se conduire sur le même mode que la mise en œuvre de programmes régionaux structurant l'activité de soins, activités traditionnelles du régulateur (exemples : sécurité du médicament, éducation thérapeutique, développement d'activités par maladie). Même si les interactions doivent être nombreuses dans les deux cas, les activités traditionnelles du régulateur sont nécessairement caractérisées par une approche principalement fondée sur des décisions centralisées au niveau régional, voire national (choix des domaines, décisions de changement, choix des outils de changement). La mise en œuvre des démarches d'EPP, elle, est fondée sur une dynamique locale : il est souhaitable que les établissements et les praticiens choisissent les thématiques prioritaires [1], les outils sont adaptés localement et les décisions de changement sont locales car elles sont, pour la plupart, étroitement dépendantes de l'organisa-

tion locale. Même si la régulation externe, régionale ou nationale, est un facteur reconnu pour favoriser ou limiter la capacité au changement, la mise en œuvre effective et efficiente de l'amélioration des pratiques restera largement entre les mains des équipes locales [3].

Nous proposons une réflexion en matière d'organisation de l'amélioration des pratiques à partir d'un programme mené en région Aquitaine entre 2005 et 2008. Ce programme a permis une généralisation effective des programmes d'EPP et une implication forte des professionnels sur le terrain. Cet article présente ce programme et discute les raisons de son succès en essayant notamment de mettre en évidence en quoi, par un pilotage régional et local, il a apporté des éléments de réponse aux principales réticences et freins à la réalisation des EPP. De façon plus générale, il analyse les clés d'un développement des EPP au niveau régional.

DÉROULEMENT DU PROGRAMME EPP-AQUITAINE

La Haute Autorité de santé (HAS) a proposé en 2004 des démarches expérimentales régionales dont l'objectif général était d'aider les Établissements de santé (ES) à développer des projets d'EPP et à se préparer à l'accréditation (V2). Le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) a coordonné cette démarche dans la région Aquitaine avec l'aide des correspondants régionaux HAS. Les objectifs de la démarche Aquitaine (EPP-Aquitaine) étaient de sélectionner des thématiques d'évaluation au niveau régional, de proposer des outils d'évaluation sur les thématiques sélectionnées, de tester les outils d'évaluation dans les établissements de santé et de suivre l'évolution des pratiques. Cette démarche expérimentale s'articulait en trois phases. La première, qui a fait l'objet d'un article précédent dans la revue *Risque et Qualité* [4], était la préparation de la démarche et la sélection des 40 établissements et des thématiques d'évaluation. Les deux dernières phases du projet concernaient l'élaboration des outils d'évaluation et la mise en œuvre des évaluations dans les établissements. Ces deux étapes étaient réalisées par les professionnels des établissements de santé de la région avec un accompagnement méthodologique et logistique du CCECQA et des correspondants régionaux HAS. Les relais au sein des ES étaient des correspondants locaux en charge de la mise en œuvre des EPP, professionnels de santé ou référent qualité, sécurité des soins.

ÉLABORATION DES OUTILS D'ÉVALUATION

L'élaboration des outils d'évaluation était effectuée avec les groupes de travail régionaux constitués par discipline

médico-chirurgicale lors de la première phase du projet (la liste des disciplines médico-chirurgicales figure dans le tableau I) [4]. Ces groupes étaient composés d'une dizaine de praticiens et de représentants de réseaux professionnels concernés (par exemple le Réseau de cancérologie d'Aquitaine, le Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales, le Réseau Aquitaine gastro) issus des cinq départements de la région et exerçant au sein d'établissements publics et privés.

Chaque outil était ensuite pré-testé dans des établissements volontaires par un représentant du CCECQA et un médecin de l'établissement impliqué dans la thématique.

ACCOMPAGNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ À LA MISE EN PLACE DES OUTILS D'ÉVALUATION

L'accompagnement des établissements de santé par le CCECQA suivait les étapes suivantes :

- *Formation des établissements de santé à la mise en place de l'outil.* Avant le démarrage de l'évaluation, les membres du CCECQA se déplaçaient dans chaque établissement expérimentateur pour former les professionnels à la méthode d'évaluation pour la thématique concernée. Une réunion par thématique était organisée. Les établissements mettant en place plusieurs outils d'évaluation bénéficiaient d'autant de formations que de thématiques développées. À ces réunions de formation, étaient conviés les membres du groupe de travail en charge du développement en interne du projet d'évaluation et un/des membre(s) de la cellule qualité. Pour les thématiques pour lesquelles un tirage au sort de dossiers à partir de la base de données PSMI était nécessaire, le médecin de Département d'information médicale (DIM) était de plus associé à la réunion. L'objet de la réunion était d'explicitier l'expérimentation d'EPP dans sa globalité, de présenter dans le détail l'outil d'évaluation et les contraintes méthodologiques inhérentes à sa mise en place et les éléments à la gestion du projet d'EPP. Y étaient ainsi abordées toutes les étapes du projet : la validation de la thématique, la première mesure, la mise en place des actions d'amélioration, les actions de communication auprès des instances et des services, la constitution et la coordination du groupe de travail interne et la nécessité de réévaluation. Lorsque l'outil prévoyait une analyse à partir des dossiers, quelques dossiers étaient apportés par le chef de projet et analysés au regard de la grille d'évaluation, en fin de réunion. Les documents suivants étaient laissés aux membres du groupe : l'outil et la méthode d'évaluation et un document présentant la conduite de l'étude.

- *Accompagnement logistique lors du recueil de données.* Le recueil de données était effectué par les membres du groupe de travail en interne dans l'établissement. Les membres du CCECQA restaient disponibles par téléphone pour toute question. Un document de communication, élaboré par le CCECQA, était laissé aux membres du groupe de travail pour les soutenir dans la communication en interne. Ce document se présentait sous la forme d'un document recto-verso résumant, sur le recto, la démarche régionale et, sur le verso, les éléments spécifiques à la thématique et à l'organisation de l'établissement pour appliquer l'outil.
- *Accompagnement pour l'analyse des données et la restitution des résultats.* Les données recueillies par les établissements de santé étaient transmises au CCECQA qui en assurait la saisie et l'analyse. Les données étaient restituées sous la forme d'un rapport tout d'abord préliminaire puis définitif après prise en compte des éventuelles remarques de l'établissement ; Le CCECQA se déplaçait à la demande dans les établissements pour accompagner les membres du groupe de travail à la restitution orale en interne.
- *Accompagnement et formation au choix des mesures d'amélioration.* Lorsque, pour une thématique donnée, l'ensemble des établissements avait mené leur première mesure, des réunions par thématique étaient organisées, regroupant l'ensemble des établissements ayant mis en place l'outil d'évaluation pour la thématique concernée et les membres du groupe de travail ayant élaboré l'outil. Après une présentation des résultats des établissements expérimentateurs, ces réunions consistaient en une réflexion, sur les actions d'amélioration à conduire dans les établissements et parfois au niveau régional et, sur les éventuelles modifications à apporter à l'outil d'évaluation (au regard des résultats et des remarques des établissements l'ayant mis en place). C'est seulement à l'issue de ces réunions régionales que les outils d'évaluation étaient validés de façon définitive et ensuite diffusés aux établissements adhérents au CCECQA. À l'issue de ces réunions, le CCECQA rédigeait, pour chaque thématique, un rapport régional présentant les résultats anonymisés des établissements expérimentateurs.

Mesure des temps passés par les professionnels pour réaliser les évaluations

Chaque établissement participant recueillait, sur une fiche standardisée proposée par le CCECQA, et ce pour chaque thématique d'évaluation, les temps (en nombre d'heures) passés par chaque professionnel impliqué au cours de chacune des étapes identifiées pour la conduite du projet : la préparation et la réalisation. Les temps de préparation comprenaient le temps de formation à la

Tableau I
 Descriptif des 27 thématiques d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : intitulé, spécialité, méthode d'évaluation, nombre d'établissements expérimentateurs, nombre et types de professionnels impliqués dans la réalisation de l'EPP correspondante.

Spécialités	Thématiques	Méthode	Nombre établissements expérimentateurs		Nombre de professionnels impliqués		
			Med ^h	Cadre	IDE ⁱ	Autre	
Anesthésie-réanimation	Antibioprophylaxie en chirurgie orthopédique	Audit	4	20	7	11	7
	Prise en charge de la douleur post-opératoire	Audit	12	63	53	52	22
Cancérologie	Prise en charge du cancer colo-rectal	Audit, CC ^c	1	DM	DM	DM	DM
	Prise en charge du cancer du sein	Audit	2	DM	DM	DM	DM
	Prescription des facteurs de croissance hématopoïétiques	Audit	2	2	1	4	2
Cardiologie	Prise en charge de l'insuffisance cardiaque chez les patients de plus de 70 ans	Audit	5	37	14	10	8
	Préparation locale du patient en chirurgie	Audit	4	12	23	20	17
Chirurgie orthopédique	Rééducation de la ligamentoplastie du genou	CC ^c	1	4	5	5	20
	Gestion péri-opératoire du risque infectieux en chirurgie urologique endoscopique	Audit	4	19	6	11	7
Chirurgie urologique	Prostatectomie radicale dans le cancer de la prostate isolé	RP ^d	2	7	0	0	2
	Prise en charge du patient diabétique de type 2	Audit	4	11	11	4	11
Diabétologie	Éducation à la santé des patients diabétiques dans les services à orientation diabétologique	Audit	2	6	4	2	3
	Antibioprophylaxie en endoscopie digestive	Audit	2	12	0	0	2
Gastro-entérologie	Prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée polyopathologique	Audit	7	27	19	0	15
	Préparation de la sortie du patient âgé hospitalisé	Audit	6	21	15	5	13
Gynéco-obstétrique	Évaluation de la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré	Audit	8	15	36	13	13
	Aide au sevrage tabagique pendant la grossesse	Processus ^e	1	2	2	3	4
Hygiène	Maîtrise de la diffusion des SARM et BLSE ^a	AS ^e	2	4	1	1	1
	Évaluation de l'utilisation des antibiotiques dans les infections urinaires	RMM ^f	2	4	2	3	5
Neurologie	Délai de prise en charge de la filière hospitalière des accidents vasculaires cérébraux	Audit	2	7	3	5	2
	Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	Audit	2	4	1	0	0
Néphrologie	Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson	Audit	3	7	31	4	4
	Évaluation de la prise en charge de l'asthme aux urgences	Audit	3	8	7	3	4
Pédiatrie	Modalités aiguës de sevrage du patient alcoolodépendant	Audit	4	7	6	5	10
	Modalité de la contention physique en psychiatrie	Audit	1	1	0	1	0
Soins palliatifs	Évaluation de la prise en charge des symptômes pour des malades requérant des SP ^b	Audit	5	36	31	36	38
	Évaluation des modalités de l'information aux patients requérant des Sp ^b	AS ^e	5	DM	DM	DM	DM

^a SARM : staphylocoques résistants à la méthicilline ; BLSE : entérobactéries à bêta-lactamases à spectre élargi. ^b SP : soins palliatifs. Audit : audit de dossiers. ^c CC : chemin clinique. ^d RP : revue de pertinence. ^e AS : analyse de scénario. ^f RMM : revue de mortalité-morbidité DM : données manquantes. ^g Processus : analyse de processus. ^h Med : médecins. ⁱ IDE : infirmières diplômées d'État.

mise en place de l'outil, les temps de secrétariat et les temps d'information et de constitution des groupes de travail au sein de chaque établissement. Les temps de réalisation comprenaient :

- pour les méthodes de type audit, les temps de sélection des dossiers, les temps de remplissage des grilles d'évaluation, les temps de réunion du groupe de travail et d'information au sein de l'établissement ;
- pour les méthodes de type Revue de mortalité morbidité (RMM), analyse de scénario ou staff-EPP, les temps de réunion des professionnels et d'information au sein de l'établissement.

RÉSULTATS DU PROGRAMME EPP-AQUITAINE

Les résultats de l'article se focalisent sur ceux relatifs à l'accompagnement des établissements de santé et à la réalisation des EPP. Les résultats relatifs à l'initiation du projet et notamment aux modalités de sélection des thèmes et des établissements de santé ainsi qu'à l'activité des groupes de travail régionaux sont développés dans l'article initial déjà cité [4].

1. Établissements participants

Les 40 établissements retenus (circ. DHOS du 27 juillet 2004) [5] étaient issus des cinq départements de la région (17 établissements en Gironde, 11 dans les Pyrénées Atlantiques, cinq en Dordogne, quatre dans les Landes, quatre dans le Lot et Garonne) et représentaient les différents statuts d'établissement : établissements de santé privés (23 établissements), établissements de santé publics (11 établissements) et établissements participant au service public hospitalier (six établissements). Les établissements retenus comprenaient le centre hospitalier universitaire (CHU) de la région, 29 établissements à l'activité principale de médecine-chirurgie-obstétrique, quatre établissements de soins de suite et de réadaptation, un établissement psychiatrique, trois de soins généraux comprenant des lits de psychiatrie et un établissement d'hospitalisation à domicile.

2. Thématiques et outils d'évaluation

27 thématiques d'évaluation ont été sélectionnées et 27 outils d'évaluation élaborés ou adaptés par les groupes de travail régionaux. Les méthodes d'évaluation appliquées dans les outils sont présentées dans le tableau I.

Parmi ces 27 outils d'évaluation, 21 ont été créés *de novo* et six ont été adaptés d'outils existants : les trois outils déjà élaborés par la HAS, deux de la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR) et un déjà élaboré par un établissement de la région. Les établis-

sements ont mené une évaluation pour une à quatre thématiques concomitamment. Une thématique donnée a été appliquée dans un à 12 établissements (tableau I).

3. Implication des professionnels dans les groupes de travail et les établissements

Les 16 groupes de travail régionaux ont inclus 187 professionnels, principalement des médecins mais aussi des infirmières, des cadres et autres professionnels para-médicaux. Chaque groupe de travail régional s'est réuni une fois en décembre 2004 pour choisir les thèmes d'évaluation. Ils se sont réunis une ou deux fois pour l'élaboration des outils d'évaluation. Dix-sept réunions régionales de validation finale des outils ont été organisées avec les groupes de travail régionaux et les professionnels des établissements expérimentateurs.

Un total de 956 professionnels (données manquantes pour trois thématiques) a pu être comptabilisé comme étant impliqué dans ces programmes au sein des établissements de santé expérimentateurs, dont 336 médecins, 250 cadres, 195 infirmières et 175 autres professionnels incluant notamment des responsables qualité, pharmaciens, hygiénistes, paramédicaux tels les kinésithérapeutes et diététiciens.

4. Modification des pratiques et des résultats de prise en charge

Les résultats de trois thématiques prises en exemple figurent dans les cadres 1 à 3.

5. Mesure du temps passé par les professionnels dans les établissements

Le temps médian passé par l'ensemble des professionnels par thématique et par établissement était de 47,5 heures (étendue : 10 ; 277 heures), de 20 heures (étendue : 2 ; 104 heures) pour la phase de préparation et de 32 heures (étendue : 1,75 ; 221 heures) pour la phase de réalisation. Le tableau II présente le temps médian et l'étendue de temps passé par les professionnels pour effectuer les différentes phases et activités des étapes de préparation et réalisation. L'étape la plus consommatrice de temps au sein de la phase de réalisation était le remplissage des grilles (médiane 21 heures, étendue : 4 ; 170 heures). L'étape la plus consommatrice de temps au sein de la phase de préparation était représentée par les réunions (médiane : 11 heures, étendue : 0,5 ; 51,0 heures).

Le nombre total d'heures passées par les médecins pour une thématique donnée était en médiane de 19,5 heures (étendue : 0 ; 60 heures). Il était de 9,5 heures pour les cadres (étendue : 0 ; 123 heures), de 7,2 heures pour les infirmières (étendue : 0 ; 55,5 heures) et de 6 heures pour la catégorie « autres » (étendue : 0 ; 50). Le temps

CADRE 1

Préparation cutanéomuqueuse

La méthode associait un audit clinique à un audit organisationnel. Dans chacun des quatre établissements participants, les modalités de préparation cutanéomuqueuse ont été analysées sur une série consécutive d'une trentaine de patients allant bénéficier d'une intervention chirurgicale, selon deux modalités : le relevé du témoignage des patients sur la préparation réalisée et l'analyse des pratiques infirmières de préparation. Un audit organisationnel des pratiques de préparation cutanéomuqueuse a été parallèlement réalisé. Les résultats ont montré des écarts aux recommandations relatifs au caractère non systématique du lavage de cheveux pendant la douche, à la qualité de l'information des patients, à la qualité de la détersion (réalisation non systématique, non réalisation au bloc opératoire, non respect des délais entre détersion et intervention). Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre concernant l'information du patient (réalisation et distribution au patient d'une plaquette d'information, amélioration du circuit d'information entre les anesthésistes, infirmières et chirurgien, amélioration de la définition des rôles de chacun dans ce circuit), le circuit du patient au bloc, avec réorganisation des locaux permettant la réalisation de la détersion au bloc opératoire dans les délais demandés avant l'intervention. Dans les établissements ayant réalisé une réévaluation, les résultats ont montré une amélioration sur tous les critères à améliorer.

CADRE 2

Rééducation de la ligamentoplastie du genou

Un établissement de rééducation a construit et mis en œuvre en routine un chemin clinique informatisé (CCI) sur la rééducation des plasties du ligament croisé antérieur (LCA) du genou. Le chemin clinique comprend cinq écrans de saisie complétés par les professionnels de santé (hôtesses d'accueil, médecins, infirmières, kinésithérapeutes, préparateurs physiques) prenant en charge les patients, de leur arrivée dans l'établissement jusqu'à leur sortie. Les données de prise en charge, cliniques (paramètres de l'inflammation, de la douleur, résultats fonctionnels, complications et événements indésirables) et organisationnelles (modalités d'accompagnement, respects des délais de prise en charge) ont pu être recueillies en routine pour 1 208 patients depuis la mise en place effective du chemin clinique. Seuls 60 patients ont eu des prises en charge aménagées par rapport aux protocoles et prescriptions médicales initiales et 25 sont sortis du chemin clinique. Le CCI a uniformisé les pratiques de rééducation et de soins pour chaque patient, tout en permettant de conserver une rééducation personnalisée et adaptée à chaque cas dans un cadre préétabli suivant un protocole. Une réflexion sur tous les actes réalisés a été menée par tous les utilisateurs. Les échanges d'informations plus rapides, efficaces et de meilleure qualité permis par le CCI ont amélioré le système, favorisé la formation de tous et facilité la délivrance de soins continus de qualité. Le CCI s'est révélé être un système d'alerte clinique et de revue des soins. Il a permis d'identifier des périodes à risque pour les patients, qui étaient les périodes de transition où sont introduits de nouveaux modes de travail ou de nouvelles activités en rééducation. Il a corrigé des notions ou des idées préconçues qu'avaient les thérapeutes. Le CCI a montré toute son efficacité dans l'observation et la surveillance des prises en charge clinique, de l'organisation et la logistique et dans le recensement des événements indésirables.

CADRE 3

Prescription des facteurs de croissance hématopoïétiques

L'objectif était d'évaluer la pertinence de la prescription d'agent stimulant de l'érythropoïèse (ASE) chez les patients sous chimiothérapie. La méthode était celle de l'audit clinique. Dans chacun des trois établissements participants, une série consécutive d'une cinquantaine de patients sous chimiothérapie a été suivie à la mise en route du traitement et quatre et huit semaines après la mise en route du traitement. Les données recueillies pour chaque patient et à chaque suivi, concernaient l'hémoglobininémie, les transfusions réalisées, les prescriptions de fer et les prescriptions d'ASE. Les critères d'évaluation étaient la pertinence de la prescription d'ASE en lien avec les résultats d'hémoglobininémie, les prescriptions de fer, les prescriptions de transfusions et les besoins transfusionnels.

La première mesure a montré une absence de sur prescription (0,9 % à T0, 2,8 % à T4 et 0 % à T8 sur l'ensemble des trois établissements) mais une sous-prescription majeure sans justification de la non prescription (54 % à T0, 73 % à T4 et 38 % à T8 sur l'ensemble des trois établissements participants). Des actions d'amélioration ont été mises en place : choix d'un ASE unique, mise en place d'une feuille de suivi de traitement, mise en place d'une traçabilité informatique des prescriptions et mise en place d'un bilan martial systématique, diffusion et sensibilisation aux recommandations EORTC. Les réévaluations réalisées ont montré une chute importante de la sous-prescription et une amélioration parallèle des résultats relatifs aux critères cliniques, en terme notamment de besoins transfusionnels.

Tableau II.
Temps passé (nombre d'heures médian – étendue)
pour le développement des étapes de préparation et
réalisation. Analyse par phase et par type de professionnels.

Médiane du nombre d'heures (étendue)		
Étape de préparation		
– Phases		
Secrétariat	2,0	(0,4 ; 32,0)
Réunion	11,0	(0,5 ; 51,0)
Information	7,0	(0,5 ; 18,0)
Autres	1,5	(0,2 ; 9,0)
– Professionnels		
Médecins	7,0	(1 ; 15)
Cadres	6,0	(0,5 ; 40,5)
IDE	4,0	(0,5 ; 23)
Autre	3,0	(1 ; 20,5)
Étape de réalisation		
– Phases		
Inclusion	5,0	(2,0 ; 18,0)
Remplissage	21,0	(4,0 ; 170,0)
Information	3,0	(0,5 ; 14,0)
Réunion	4,5	(1,0 ; 1,7)
Autres	2,2	(1,0 ; 42,0)
– Professionnels		
Médecins	9,0	(3 ; 38)
Cadres	5,0	(1 ; 18)
IDE	4,2	(1,5 ; 28)
Autre	3,0	(1 ; 30)

médian passé par médecin était de 2,4 heures (étendue : 0 ; 11,5 heures). Il était de 2,2 par cadre (étendue : 0 ; 17,6 heures), de 1,7 par infirmière (étendue : 0 ; 28 heures) et de 1,6 par professionnel de la catégorie autre (étendue : 0 ; 30 heures).

6. Accompagnement du CCECQA

Au total, 85 rapports de restitution des résultats ont été rédigés et envoyés à chaque établissement participant. Ces rapports présentaient les résultats synthétiques des écarts aux recommandations et préconisaient des pistes vis-à-vis d'actions d'amélioration.

Quatorze rapports régionaux ont été rédigés présentant pour chaque thématique les données comparatives et anonymisées des établissements participants. Le CCECQA a mené plus de 80 déplacements dans la région pour former les groupes de travail au sein des établissements de santé.

DISCUSSION

1. Amélioration de la qualité et de la sécurité en établissements de santé : passage d'une ère artisanale et confidentielle à une ère industrielle et professionnelle

Même si, sauf exception, l'impact de ces programmes en termes d'amélioration de l'état de santé des patients

n'a pu être mesuré, cette démarche peut être considérée comme un succès pour deux raisons.

EPP-Aquitaine a permis le développement généralisé de programmes d'EPP : plus de 80 projets d'EPP ont été accompagnés dans une cinquantaine d'établissements de santé publics et privés de la région Aquitaine, portant sur 27 thèmes d'évaluation issus de 16 disciplines médico-chirurgicales différentes. Ce développement constitue une inflexion importante de la courbe d'engagement dans les programmes d'amélioration de la qualité car, pendant les dix années précédentes, les projets dits « EPP » ont porté sur un seul thème à la fois et ont impliqué chacun moins d'une dizaine d'établissements [6, 7].

La seconde caractéristique directement liée aux modalités de mise en œuvre de ce programme est que les démarches d'EPP ont fortement impliqué les équipes cliniques et notamment les médecins, loin devant les autres professionnels et notamment les responsables qualité. L'analyse des données de temps met, en effet, en évidence que les médecins ont le plus contribué à la préparation et la réalisation des démarches. Il est consensuel que cette implication est primordiale pour le succès de ces démarches d'autoévaluation de pratiques cliniques qui à l'évidence ne peut se faire sans les acteurs directement concernés [8]. Ces résultats contrastent avec la notion souvent véhiculée en France d'une difficulté d'implication médicale dans de tels projets.

2. Comment la stratégie du pilotage régional a-t-elle été facilitatrice ?

Ce succès nous semble lié à quelques options stratégiques du pilotage du projet tant au niveau régional que local (figure 1).

a) Assurer une synergie forte entre méthodologistes et instances professionnelles régionales

Des efforts de communication ont été réalisés auprès des instances professionnelles régionales (Conférences régionales des Présidents de CME, Fédérations hospitalières, réseaux professionnels, etc.) et des établissements tout au long du programme. Dès le démarrage du programme, des groupes de travail régionaux ont été constitués puis pérennisés. L'appropriation de la démarche à toute ses étapes par les membres des groupes de travail, professionnels de terrains issus de tout type d'établissement et de toute la région, leader d'opinion dans les disciplines ciblées et représentants des réseaux professionnels constitués, a favorisé la légitimité de la démarche et sa diffusion dans l'ensemble du tissu professionnel des établissements de la région. Les réseaux ont repris les outils constitués, les ont diffusés et mis

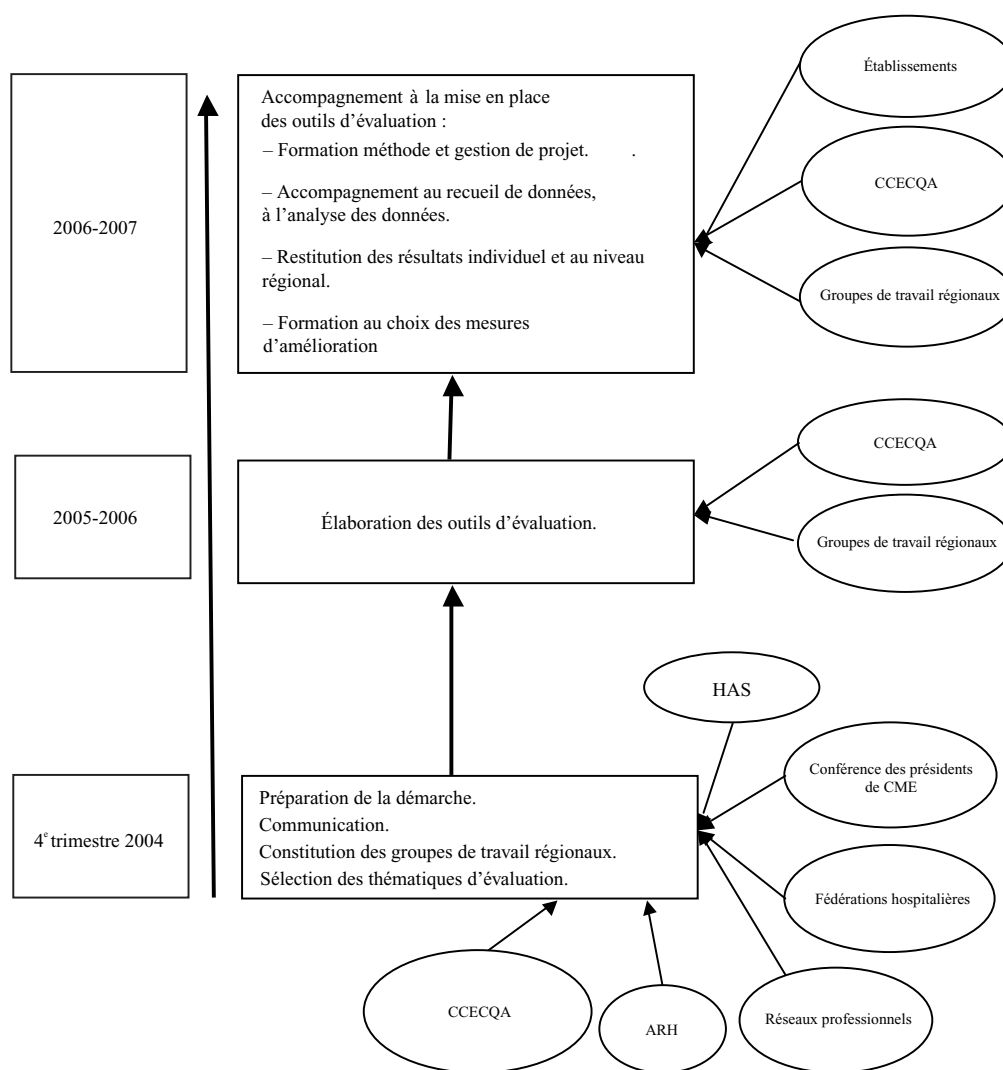


Figure 1. Structuration et organisation du projet EPP-Aquitaine : place et rôle des structures et instances régionales au cours du déroulement du projet.

en œuvre *via* leur propre structure. Les leaders d'opinion (universitaires, praticiens chefs de file de leur discipline) ont repris les thèmes abordés et ont porté les messages dans leur service et au niveau régional. Les professionnels ont été les porte-paroles du développement des EPP dans les services.

b) Fonder le choix des priorités sur la perception des professionnels de terrain

Le processus d'entrée dans le programme d'accompagnement a tenu compte des priorités du terrain. Les établissements de santé ont été sollicités au lancement de la démarche pour proposer quelques thématiques d'évaluation, après consultation auprès des professionnels. Ce sont ces thématiques qui ont ensuite été priorisées par les groupes de travail pour une sélection finale.

c) Stimuler l'émulation des participants par la comparaison entre établissements

Pour une thématique donnée, un rapport régional a été constitué présentant de façon anonymisée les résultats comparatifs des différents établissements. Ces informations comparatives de performance clinique ont permis aux professionnels de se positionner au niveau régional et ont constitué des éléments de stimulation et de dialogue entre eux.

d) Apporter un soutien fort en matière de formation, de méthodologie et de logistique

EPP-Aquitaine a apporté une aide méthodologique et logistique aux établissements qui n'étaient jusqu'alors que faiblement armés pour réaliser ces démarches à la hauteur des exigences du manuel de certification. La

méthode d'évaluation a été fournie et les étapes de saisie et d'analyse de leurs données ont été réalisées par le CCECQA. La réalisation de ces étapes a maintenant été automatisée grâce à une plateforme informatique dédiée « EPP-OnLine » [9]. Chaque établissement était, à l'issue d'EPP-Aquitaine, détenteur de résultats d'analyse de leurs pratiques sur au moins un thème clinique, d'un plan d'action d'amélioration et d'un comparatif vis-à-vis des résultats d'autres établissements sur cette même thématique. Les professionnels des établissements ont été formés à l'EPP tant sur le plan méthodologique que sur les aspects de gestion de projet. Ces formations ont permis un transfert de compétence pour un meilleur succès des évaluations sur le terrain.

e) Mutualiser une boîte à démarches EPP validées régionalement

EPP-Aquitaine a développé 27 outils d'évaluation en suivant des règles de construction rigoureuse. Les critères d'évaluation présentaient les caractéristiques méthodologiques demandées [10] : se baser sur les éléments de preuve, être mesurables, applicables sur le terrain et spécifiques de l'activité évaluée. Une recherche documentaire a précédé la construction de chaque outil. La construction et la validation des outils ont été réalisées par des groupes de travail régionaux composés de praticiens de terrain qui ont pris en compte la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité des méthodes proposées. Chaque outil a été modifié après l'expérimentation qui a constitué un premier test grandeur nature ayant permis d'identifier certains défauts de compréhension ou de pertinence.

f) Solliciter les équipes soignantes et tout particulièrement les médecins au travers d'un accompagnement local des démarches

L'ensemble de la coordination du projet au sein des établissements de santé incitait fortement à l'implication des équipes médicales. Les professionnels du CCECQA demandaient à ce qu'un groupe de travail pluriprofessionnel impliquant les équipes cliniques soit constitué préalablement à leur venue dans les établissements pour la présentation de l'outil d'évaluation. Les formations réalisées dans les établissements comportaient des éléments de gestion de projet qui insistaient sur la nécessité d'une implication forte des équipes médicales avec une demande de désignation d'un chef de projet, le plus souvent un médecin. Les outils de communication préparés pour la communication interne des établissements prévoyaient un encadré permettant d'indiquer la composition du groupe de travail et les noms et fonction du chef de projet. Les rapports de restitution des résultats étaient envoyés au chef de projet désigné. Les réunions régionales finales par thématique regroupaient les membres des groupes de

travail, composé de praticiens et les chefs de projet des établissements expérimentateurs.

3. En quoi cette stratégie contient-elle des facteurs de succès ?

Dans la littérature, les freins au développement de l'EPP les plus souvent retrouvés sont le manque de temps, le manque de ressource, le manque de compétence ou de personnel formé [11, 12]. Par ailleurs, les éléments de comparaison de performance clinique ont été souvent considérés comme favorisant [13]. Au regard de cette littérature, EPP-Aquitaine a apporté un soutien auprès des professionnels qui a répondu en partie à ces freins : formation, proposition d'une méthode d'évaluation validée, aide logistique pour l'analyse et la restitution des résultats, accompagnement sur le terrain et possibilité de comparaison régionale. Pour un développement local des EPP et plus largement de toute démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité, ce soutien doit être relayé par les cellules qualité permettant au personnel soignant de s'affranchir des contraintes et se concentrer sur le cœur de la problématique : la réflexion pluridisciplinaire sur une pratique au regard de textes de référence.

4. Les limites de l'expérience

EPP-Aquitaine a accompagné les professionnels des établissements de santé de façon importante en phase de lancement des démarches EPP (formation à l'EPP et accompagnement à la réalisation de la première mesure). L'identification, le choix et la mise en place des actions d'amélioration, étape importante du cycle des EPP, a fait l'objet d'un accompagnement plus léger. Les réunions de restitution régionale des résultats ont été les seuls moments pendant lesquels les établissements ont reçu des conseils quant aux actions d'amélioration à mettre en œuvre. Certains établissements se sont arrêtés, de ce fait, à la phase de première mesure et n'ont pas réussi à poursuivre les travaux jusqu'à l'action, c'est-à-dire à impulser des modifications de pratiques.

Ce constat met en évidence deux limites générales de ce programme, qui tiennent d'une part, à sa difficulté à rendre les établissements pleinement autonomes vis-à-vis des EPP et d'autre part, à son caractère uniquement incitatif. L'objet premier de ce programme était d'initier des EPP, de former les professionnels de façon à les rendre autonomes dans la réalisation de leur EPP. Cette autonomie a été favorisée, du point de vue technique, avec le développement d'une plateforme en ligne permettant aux établissements de réaliser seuls les réévaluations de leurs EPP (automatisation des recueils et traitement des grilles d'évaluation). Cependant, l'accompagnement n'a pas réussi à impulser, dans tous les établissements, une dynamique suffisante permettant une poursuite locale en

autonomie. Les raisons de cet échec relatif tiennent, de notre point de vue, à une formation insuffisante ou à des raisons organisationnelles internes des établissements et notamment à l'absence de relais locaux suffisants pour impulser la démarche (changement de direction ou de responsable qualité, professionnels de santé insuffisamment impliqués au départ).

La position du CCECQA est une position d'accompagnement, incitative et mobilisatrice, mais se situe en aucune façon dans le cadre d'une contrainte ou d'une obligation. Cette position est, de notre point de vue, indispensable pour créer les conditions favorables à l'engagement de certains professionnels et établissements dans la démarche, mais elle a des limites en termes de pérennisation du projet.

5. L'expérience Aquitaine est-elle unique et non reproductible ?

Des expérimentations similaires ont été conduites dans plusieurs régions, notamment en Lorraine, Franche-Comté et Rhône-Alpes. Soutenues financièrement par la HAS, elles ont permis à des structures régionales de se mettre en place ou de renforcer leur action en matière d'EPP. Le lancement de ces démarches régionales a permis à la Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en Rhône-Alpes (CEPPRAL) de voir le jour et d'accompagner 54 établissements de santé au sein de 18 groupes de travail régionaux thématiques. Ces groupes ont élaboré et adapté plus d'une vingtaine d'outils communs d'évaluation ; Il en a été de même pour la structure d'Évaluation en Lorraine (EVALOR) qui a accompagné 35 établissements de santé publics et privés autour de 15 groupes de travail thématiques régionaux ayant les mêmes missions. Chaque établissement a ainsi été guidé, dans cette région, dans la réalisation de trois thématiques d'EPP. De même, le Réseau Qualité (Requa) en Franche-Comté a accompagné sur le terrain 30 projets, sur 18 établissements et quatre réseaux de soins. Pour ces structures, l'obtention de l'agrément EPP qui a suivi ces lancements a permis la poursuite et le renforcement de cet accompagnement.

Ces structures régionales ont actuellement une place incontestée dans leur région. Depuis, d'autres régions se sont dotées de pareilles structures.

6. Leçons pour l'organisation future de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité et de la sécurité en région

À partir de 2010, le pilotage de la qualité et de la sécurité des soins entre pleinement dans les missions des Agences régionales de santé (ARS). EPP-Aqui-

taine est, de notre point de vue, une expérience utile dans la réflexion sur le pilotage et la coordination au niveau régional des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles et plus généralement des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Tirant les leçons positives et négatives de l'expérience EPP-Aquitaine, nous proposons un modèle de pilotage régional avec une ARS maître d'ouvrage de la démarche et une structure régionale d'évaluation (SRE) chargée de la qualité et à la sécurité des soins comme maître d'œuvre pour la déclinaison du programme (figure 2). La structure régionale pourrait ainsi contribuer, dans ses champs, aux programmes de gestion du risque et aux missions d'information et de sensibilisation, de veille et d'expertise, voire d'alerte, de l'ARS.

Ce modèle pourrait rassembler les éléments suivants, points-clé du succès d'EPP Aquitaine :

- un pilotage régional proche des professionnels, tenant compte des priorités du terrain et s'assurant la participation active des professionnels dans l'élaboration des priorités régionales, des outils et méthodes ;
- un soutien méthodologique et logistique par l'apport d'outils d'évaluation validés, des formations répondant aux éventuels manques de compétences locales et un apport de ressources pour les fonctions supports (analyse statistique, saisie...) sur le modèle de la plateforme « EPP OnLine » [9] ;
- une mise en perspective régionale des résultats permettant une comparaison entre les établissements, source d'émulation ;
- une coordination intra-établissement s'assurant la participation des équipes cliniques, acteurs de l'analyse de leur pratique et du changement.

Ce modèle pourrait, de surcroît, apporter des réponses aux limites de l'expérience Aquitaine, notamment la difficulté à rendre les établissements pleinement autonomes dans la dynamique d'amélioration et le caractère uniquement incitatif des démarches impulsées. Une politique régionale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en deux temps distincts pourrait être ainsi pensée :

- d'abord sur le volontariat des établissements et des professionnels ;
- puis relayée sur un mode contractuel avec la HAS ou l'ARS pour certains thèmes prioritaires.

La structure régionale serait médicalisée avec des compétences méthodologiques. Son conseil d'administration ou équivalent déciderait du programme de travail de la structure, fondé principalement sur la mise en œuvre des programmes d'amélioration définis régionalement et nationalement. Les valeurs comme l'autonomisation des établissements et des professionnels, l'émulation par la comparaison, mais aussi la légitimité

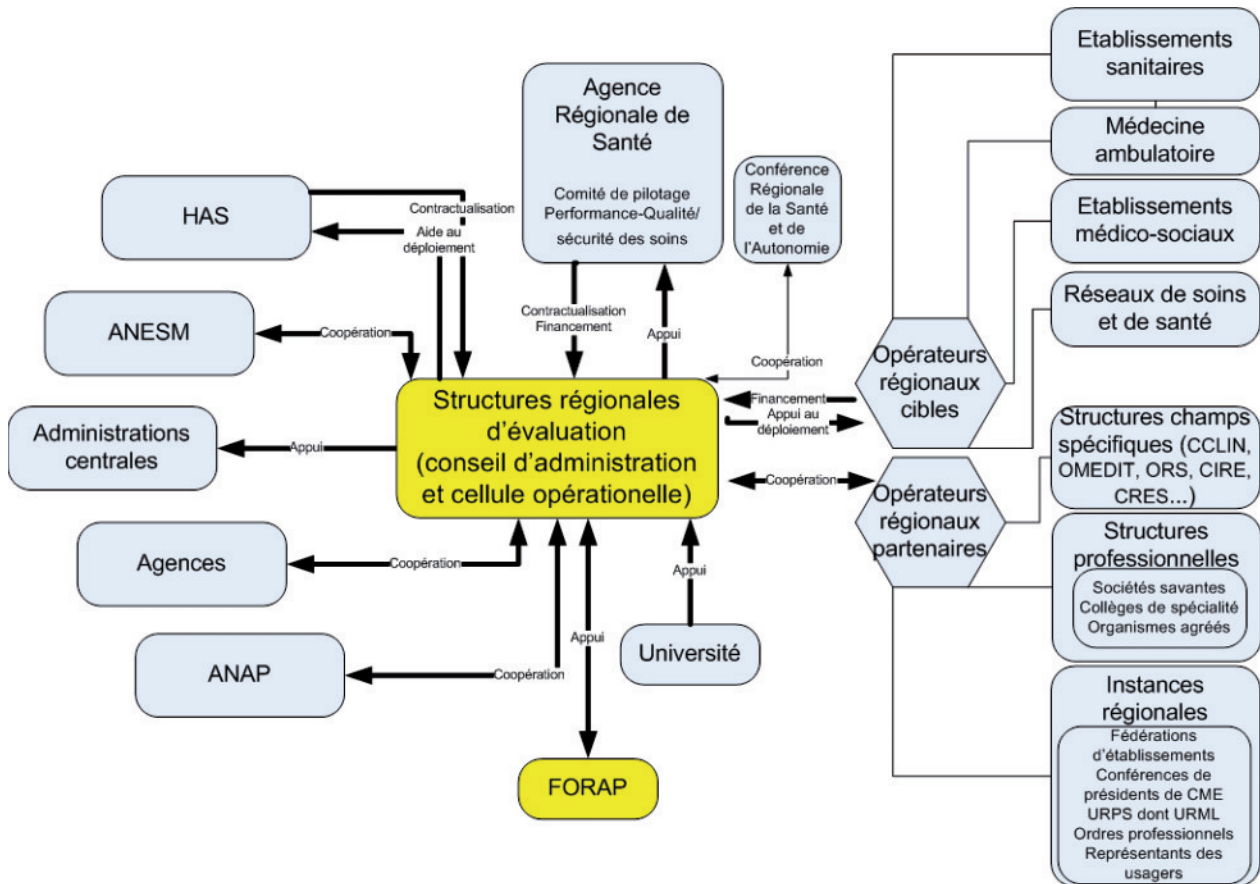


Figure 2. Proposition d'un modèle de pilotage régional des projets d'amélioration des pratiques professionnelles.

professionnelle par la compétence, la proximité au travers du travail de terrain, la médicalisation des activités et la neutralité dans la décision, valeurs nécessaires pour stimuler le développement de ces démarches, seraient les fondements de l'action. Elle aurait pour mission d'exercer une expertise, pour l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et médico-social, visant à la mise en place et à la conduite d'actions d'évaluation clinique, de démarche qualité et de gestion des risques, d'assurer la mise en commun des éléments d'information et des enseignements tirés des actions menées, de conduire des actions de formation et d'information, de collaborer avec les instances locales, régionales et nationales dans ses champs d'intervention et de contribuer à la définition d'une politique régionale de la qualité et de la sécurité des soins. Son action se déroulerait en lien étroit avec les différentes parties prenantes au niveau local et national (figure 2).

Du point de vue stratégique et symbolique, conforter le rôle de structures régionales pourrait, en outre, être une des réponses à la situation paradoxale soulignée en introduction. En maintenant la maîtrise d'œuvre dans la sphère d'une structure vécue comme « indépendante » et proche des praticiens, le régulateur ré-affirme la

fonction formative de l'évaluation alors qu'une gestion directe par l'ARS renforcera inévitablement l'image sanctionnante, normative de cette activité.

Dans la configuration actuelle de mise en œuvre des ARS, il nous apparaît que la place et le rôle de structures régionales d'évaluation chargées de la qualité et de la sécurité seront déterminants pour initier et accompagner les démarches d'évaluation des pratiques et ultimement stimuler la réorganisation actuelle du système de santé.

RÉFÉRENCES

1. Bras PL, Duhamel G. *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*. Paris : La Documentation française, Rapport IGAS n° RM2008 ; 2008.
2. Brault I, Roy DA, Denis JL. *Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la perfor-*

- mance des organisations de santé. *Prat Organ Soins*. 2008;39:167-73.
3. Saillour-Glénisson F, Michel P. Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical : revue de la littérature. *Rev Epidemiol Sante Pub*. 2003;51:65-80.
4. Saillour-Glénisson F, Daucourt V, Pourin C, Quenon JL, Sarasqueta AM, Chapoulart H, et al. Expérimentation aquitaine de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation (V2). Préparation de la démarche et sélection des établissements et des thématiques d'évaluation. *Risque et Qualité*. 2005;11:11-21.
5. Circulaire N° DHOS/F3/F2/2004/363 du 27 juillet 2004 relative aux conditions d'attribution de subventions pour l'expérimentation de la nouvelle version de la procédure d'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. *Bulletin Officiel du Ministère de l'emploi et de la solidarité* 2004-34, Texte 2423.
6. Daucourt V, Saillour-Glénisson F, Michel P, Jutand MA, Abouelfath A. A multicenter cluster randomized controlled trial of strategies to improve thyroid function testing. *Med Care*. 2003;41:432-41.
7. Saillour-Glénisson F, Daucourt V, Abouelfath A, Michel P. Prescriptions biologiques : deux expériences réussies de démarches d'optimisation. *Gestions Hospitalières*. 2001;406:340-4.
8. Davies H, Powell A, Rushmer R. Why don't clinicians engage with quality improvement (editorial) ? *J Health Serv Res Policy*. 2007;12:129-30.
9. Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. Plateforme EPP OnLine. [<http://www.cceca.asso.fr/php/index.php?page=faq&language=fr&cid=80&pgid=17&code=100&ftype=2&id=b3da87a14f32229db868236537a4ca6e>] (dernier accès août 2009).
10. Baker R, Fraser RC. Development of review criteria : linking guidelines and assessment of quality. *BMJ*.1995;311:370-3.
11. Johnston G, Crombie IK, Davies HTO, Adle EM, Millard A. Reviewing audit : barriers and facilitators for effective clinical audit. *Qual Health Care*. 2000;9:23-36.
12. Roberts CM, Lowe D, Bames S, Pearson MG. A prospective study of the practical issues of local involvement in national audit of COPD. *J Eval Clin Practice*. 2004;10:281-90.
13. Grol R, Wensing M. Implementation of quality assurance and medical audit : general practitioners' perceived obstacles and requirements. *Br J Gen Pract*. 1995;45:548-52.