

DPC, RMM, EPP, RFE...
Amélioration de la qualité
des soins ?

Paul-Michel Mertes, Vincent Piriou

*Service anesthésie réanimation chirurgicale – Hôpitaux Universitaires
(Strasbourg)*

1. Introduction

Les problèmes posés par la formation médicale, 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.

Ainsi, le concept de conférence d'analyse des décès, ou revue de morbi-mortalité (RMM) est né il y a tout juste un siècle aux Etats-Unis d'Amérique, dans un rapport d'Abraham Flexner sur l'amélioration de la formation médicale [1,2].

Le développement de « standard » minimums pour les hôpitaux est apparu dès 1917, à l'initiative de l'American College of Surgeons. Les programmes d'accréditation se sont développés à la faveur de la mise en place de la Joint Commission on Accreditation and Healthcare Organizations en 1951 [3] et différentes formes de certifications ou d'autorisations d'exercices intéressant aussi bien les établissements de soins que les praticiens se sont progressivement développées, parfois sous des formes très différentes selon les pays [4].

Cet intérêt est largement soutenu par des préoccupations économiques fondées sur l'idée généralement admise qu'une meilleure qualité et efficacité des soins sera l'un des éléments du contrôle des coûts de santé, et sur la perception des risques inhérents à la pratique médicale [5].

2. Les défis du progrès des connaissances

Plus de 10 000 essais randomisés sont recensés chaque année dans Medline. Le transfert dans la pratique médicale de ces innovations se heurte à des difficultés considérables. Ainsi, de très nombreuses études soulignent l'écart considérable existant entre les connaissances disponibles et leurs déclinaisons pratiques. 30 à 40 % des patients ne recevraient pas des soins en accord avec les connaissances du moment, alors que 20 à 25% des soins prodigués seraient inutiles voire dangereux [6].

3. Comment passer de la connaissance à la pratique ?

Différentes interventions sont habituellement mises en œuvre pour faciliter le transfert des connaissances dans la pratique. Elles peuvent être orientées vers le personnel médical, s'appuyant sur la formation, l'influence de leaders d'opinion, des incitations financière mais également vers les patients et les familles en leurs apportant des informations sur les traitements disponibles, sur des indicateurs de qualité et de performance [7].

Idéalement, le choix de ces différentes interventions devrait être fondé sur leur efficacité, mais les informations concernant l'évaluation des méthodes actuellement disponible sont limitées. Pour celles qui ont pu faire l'objet d'une évaluation, leur impact semble relativement variable et généralement limité. L'essentiel des données disponibles concerne les actions en direction des professionnels de santé. Le recours à des programmes éducatifs « passifs » tels que recommandations, conférences et séminaires s'ils demeurent indispensables, utilisés seuls ont une efficacité limitée.

Les approches éducatives plus « actives » fondées sur l'interactivité ou l'auto-formation peuvent être un complément intéressant. Les interventions permettant d'apporter l'information au plus près du terrain et de la prise de décision, qu'il s'agisse de supports d'information ou d'outils d'aide à la décision possèdent une certaine efficacité.

Les procédures d'audit peuvent avoir une certaine efficacité si elles sont associées à un retour vers les équipes ainsi qu'à des actions de formations et à des outils d'aide à la décision ou à la mise en œuvre des procédures.

Les incitations financières possèdent une certaine efficacité sur la qualité de mise en œuvre des recommandations thérapeutiques, mais leur impact sur le bienfondé des décisions thérapeutiques est moins bien établi et sur la pérennité de leur impact dans le temps n'est pas démontré [7].

La plupart des experts considèrent qu'une approche structurée s'adressant aux professionnels de santé, aux patients, aux équipes, aux institutions et à l'ensemble du système de santé est nécessaire. Toutefois, l'efficacité respective des différentes actions n'est pas toujours établie de manière formelle [7].

4. Barrières aux changements

Les barrières aux changements peuvent se rencontrer à tous les niveaux. Elles peuvent venir des patients, comme de l'ensemble des membres de l'équipe médicale, ou être de nature organisationnelle ou institutionnelle. L'identification de la résistance aux changements repose sur un large choix de méthodes qui peuvent être regroupées en trois catégories distinctes (I) l'utilisation de questionnaires à destinées des professionnels, des patients, (II) l'analyse des variations de pratiques, (III) l'analyse des déterminants du changement après mise en œuvre d'actions spécifiques d'amélioration [8]. L'identification de ces barrières est essentielle car elles doivent être prises en compte lors de la mise en place de toute stratégie d'amélioration de la qualité ou de la sécurité des soins [6].

5. RFE et guidelines

L'adhésion aux différentes recommandations, protocoles, guidelines, etc, apparaît fréquemment relativement limitée, plusieurs facteurs se conjuguant pour expliquer ce relatif déficit d'adhésion de la part des professionnels [9]. Si l'on souhaite favoriser l'adhésion des professionnels aux recommandations, certaines recommandations peuvent être proposées. Il importe vraisemblablement de limiter ces recommandations en nombre en fonction d'objectifs clairement définis [10]. Ces recommandations doivent être : I) aussi pratiques et précises que possible, II) être faciles à mettre en œuvre, III) définir clairement ce qui est du domaine de l'acquis et ce qui relève d'avis d'experts parfois contradictoires, IV) définir de manière explicite les conflits d'intérêt éventuels, V) faire l'objet d'une évaluation indépendante et VI) d'une réévaluation régulière.

En outre, comme l'illustre la littérature récente sur les check-lists, l'intérêt et l'impact de ces recommandations doivent faire l'objet d'une évaluation et d'un retour d'information vers les équipes chargées de les mettre en œuvre [11-13].

6. RMM

Les RMM ont pour objectif l'analyse collective rétrospective et systémique de cas anonymes marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient. En dehors de son indéniable apport pédagogique, cette méthode est recommandée par la Haute Autorité de santé (HAS) pour valider l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des médecins fixée par l'article 98 de la loi du 9 août 2004 et par le décret du 14 avril 2005.

Cette obligation est reprise dans le nouveau dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC) qui s'impose à l'ensemble des professionnels de santé. Elle est rendue obligatoire pour les services d'anesthésie et de réanimation dans le cadre de la certification des établissements de santé (V 2010).

Différents guides méthodologiques, comportant de nombreux outils pratiques, et pour certains adaptés à la pratique de l'anesthésie - réanimation (charte de RMM, compte-rendu de réunion, de suivi d'action, méthodes d'analyse systémique) sont disponibles sur les sites de l'HAS, du Collège Français d'Anesthésie réanimation, ou dans la littérature [14,15]. De nombreuses publications en langue française rapportant les résultats ou les difficultés de mise en place des RMM sont également disponibles [1,16-18].

Une approche *a priori* de la pratique de ceux-ci ne peut suffire à faire disparaître tous les risques d'accident. L'analyse *a posteriori* des événements indésirables ou des événements porteurs de risques est susceptible de révéler des défauts dans l'organisation des soins que l'approche prospective ne permettrait pas toujours d'identifier et d'aboutir ainsi à la mise en place d'actions préventives adaptées ou de renforcer des barrières de récupération ou d'atténuation.

Une analyse « systémique » avec recherche des causes immédiates et des causes organisationnelles, sans recherche de culpabilité individuelle, apparaît essentielle pour comprendre la genèse des événements et définir des actions d'amélioration. Le service d'anesthésie réanimation qui décide d'organiser des RMM s'engage ainsi dans une démarche pérenne d'amélioration de la sécurité des soins et de gestion des risques.

Cette méthode parmi les plus simples dans le domaine de la gestion des risques devrait trouver naturellement sa place dans le fonctionnement de tout service, participant ainsi à sa structuration par la mise en place des réunions communes et régulières auxquelles tous les membres du personnel (médical et paramédical) sont invités à participer. De plus, il s'agit d'un excellent moyen de formation pour les étudiants et pour les praticiens.

7. EPP et DPC

Le développement professionnel continu (DPC) s'inscrit dans le cadre des approches structurées destinées à améliorer la qualité et la sécurité des soins telles que définies précédemment. Il complète donc la démarche initialement initiée par la Haute Autorité de Santé (HAS) lors de la mise en place du dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en le dotant d'un volet de formation médicale continue (FMC) et en l'étendant à l'ensemble des professionnels de santé permettant ainsi de rechercher un objectif d'amélioration à travers une action individuelle mais aussi d'équipe. Le DPC a donc 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 relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. L. 4133-1).

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

Le DPC peut donc se concevoir comme un progrès dans le dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Toutefois, force est de constater qu'en dépit des nombreuses initiatives développées de par le monde dans le but d'améliorer la qualité, la sécurité des soins

et d'en contrôler les coûts, l'impact de ces actions demeure limité. Il semble donc urgent de promouvoir une politique de recherche active dans le domaine de l'évaluation de ces actions de façon à identifier et privilégier les actions ayant un impact significatif [19].

Cette recherche doit s'accompagner d'une mise en cohérence de l'ensemble des actions mises en œuvre au niveau de l'ensemble des différents acteurs. Cette politique apparaît indispensable si l'on souhaite développer une culture de qualité et de sécurité des soins, améliorer leur pertinence ainsi que l'efficacité économique de la politique de santé.

Limiter la prolifération des recommandations, incitations et obligations en privilégiant les actions réellement efficaces, et définir et distinguer clairement les objectifs de certification des établissements et de développement professionnel des équipes sont des éléments indispensables si l'on souhaite favoriser l'adhésion des professionnels aux actions proposées.

Bibliographie

- [1] Baumann A, Cuignet-Royer E, Bouaziz H, Borgo J, Claudot F, Torrens J et al. Morbidity and mortality conferences in anaesthesia and intensive care: experience feedback from Nancy university hospital. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011 ; 30 : 888-93
- [2] Miller BM, Moore DE, Stead WW, Balsler JR: Beyond Flexner. A new model for continuous learning in the health professions. *Acad* 2010 ; 85 : 266-72
- [3] Alkhenizan A, Shaw C. The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. *J Family Community Med* 2012 ; 19 : 74-80
- [4] Fortes MT, Mattos RA, Baptista TW: Accreditation or accreditations? A comparative study about accreditation in France, United Kingdom and Cataluna. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57 : 239-46
- [5] Pingleton SK. Millennial health care: change you can believe in. *Chest* 2012 ; 142 : 22-9
- [6] Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003 ; 362 : 1225-30
- [7] Wensing M, Bosch M, Grol R. Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. *Cmaj* 2010; 182 : E85-8
- [8] Harrison MB, Legare F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *Cmaj* 2010 ; 182 : E78-84
- [9] Carthey J, Walker S, Deelchand V, Vincent C, Griffiths WH. Breaking the rules: understanding non-compliance with policies and guidelines. *Bmj* 2011 ; 343 : d5283
- [10] Smith A, Alderson P. Guidelines in anaesthesia: support or constraint? *Br J Anaesth* 2012 ; 109 : 1-4

- [11] Ko HC, Turner TJ, Finnigan MA. Systematic review of safety checklists for use by medical care teams in acute hospital settings--limited evidence of effectiveness. *BMC Health Serv Res* 2011 ; 11 : 211
- [12] Walker IA, Reshamwalla S, Wilson IH. Surgical safety checklists: do they improve outcomes ? *Br J Anaesth* 2012 ; 109 : 47-54
- [13] Gueguen T, Coevoet V, Mougeot M, Pierron A, Blanquart D, Voicu M. Deployment of the checklist "Patient safety in the operating room" in two Lorraine hospitals. Performances and difficulties]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011; 30 : 489-94
- [14] Bretonniere C, Capellier G, Cariou A, Eon B, Jars-Guinestre MC, Kuteifan K, Leone M et al. Morbi-mortality (RMM) in resuscitation: methodological guide. *Ann* 2010 ; 29 : 259-63
- [15] Revues morbi-mortalité en réanimation. Guide méthodologique, novembre 2009 edn: CFAR-SFAR-SRLF; 2009
- [16] Gignon M, Pibarot ML, Sfez M, Papo F, Chaine FX, Dubois G et al. Morbidity/mortality review: usefulness and shortcomings. *J Chir* 2008 ; 145 : 350-4
- [17] Vidal-Trecan G, Christoforov B, Papiernik E. Mortality-morbidity conferences: evaluation of an intervention to expand their practice in a university hospital]. *Presse Med* 2007 ; 36 : 1378-84
- [18] Francois P, Sellier E, Pouzol P, Bal G, Labarere J. Mortality and morbidity conference: A tool for quality and safety of care continuous improvement]. *Transfus Clin Biol* 2011 ; 18 : 43-8
- [19] Grol R, Berwick DM, Wensing M. On the trail of quality and safety in health care. *Bmj* 2008 ; 336 : 74-6