

P. CABARROT¹, S. BENZAKEN²

¹Chef du Service Evaluation des Pratiques,
Haute Autorité de Santé, SAINT-DENIS-LA-PLAINE.

²Vice-Présidente CME, CHU, NICE.

Evaluation des pratiques professionnelles en établissements de santé publics ou privés. Organisation, mise en œuvre et validation

Tous les médecins sont tenus, depuis 2004, à une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)¹. Le dispositif réglementaire est maintenant complet et peut apparaître complexe. L'objectif de cette mise au point est de permettre une meilleure compréhension des différents dispositifs à mettre en œuvre dans le cadre de l'évaluation, **notamment en établissement de santé publics ou privés** et comment ils s'intègrent dans le contexte plus général des réformes hospitalières en cours.

■ LA MISE EN ŒUVRE DE L'EPP EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

Tout médecin hospitalier public ou privé, salarié ou libéral, universitaire ou non, doit satisfaire cette obligation quinquennale d'évaluation des pratiques professionnelles. L'EPP est définie comme *"l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration"*².

Les professionnels de santé exerçant en établissements de santé peuvent être "désorientés" à la fois devant les multiples possibilités d'entrée dans le dispositif d'évaluation des pratiques et devant les différentes méthodes à disposition.

1. – Les voies d'entrée dans l'EPP

Au travers de la définition du décret et en termes clairs, il est donc demandé aux équipes médico-soignantes de mettre en perspec-

tive leurs pratiques par rapport aux recommandations et d'analyser de manière régulière, voire routinière, leurs pratiques. Cette évaluation doit être le plus possible intégrée (et non surajoutée) à l'exercice. Il s'agit d'un engagement dans une dynamique d'amélioration et non pas d'une procédure par laquelle ces pratiques se verraient à échéances régulières "vérifiées".

Pour cela, les professionnels pourront s'engager dans des programmes d'EPP au sein des équipes, des services ou des pôles, soit dans le cadre d'une organisation interne à l'établissement, soit avec l'aide d'organismes agréés (OA). Le dispositif EPP est en parfaite cohérence avec, d'une part, la certification V2 des établissements de santé, et d'autre part, le dispositif d'accréditation qui va être proposé aux médecins exerçant des spécialités dites "à risques". La HAS s'est attachée à travers le "groupe contact" qui rassemble les différents interlocuteurs du champ EPP (CME, URML, CNFMC, Doyens, Ordre) à organiser et à faciliter les passerelles de validation entre ces différentes options.

Ainsi, depuis 2005, de nombreuses démarches d'évaluation des pratiques ont déjà été réalisées en établissement, en particulier dans le cadre de la certification V2 ; elles pourront bien évidemment être validées par les médecins engagés au titre de leur obligation individuelle d'EPP. Réciproquement, les programmes d'EPP dans lesquels les médecins vont progressivement s'engager dans les cinq ans à venir, au titre de leur obligation individuelle, pourront être présentés lors de la procédure de certification de leur établissement, cela afin de répondre aux références du manuel de certification concernant l'évaluation des pratiques et la dynamique d'amélioration. Cette valorisation de toutes les démarches d'EPP au sein de l'établissement à travers la certification V2 conforte la cohérence des dispositifs dont l'objectif essentiel est l'amélioration de la qualité des soins et la prévention des risques médicaux, et renforce le lien entre les praticiens et leur établissement.

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. [Art. 14] (CSP Art. L 4133-1-1).

² Décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (CSP Art. D 4133-23).

Quant aux équipes médicales exerçant des spécialités dites à risque, elles pourront aussi choisir de s'engager dans l'accréditation, dispositif volontaire qui valide de facto l'obligation d'EPP, centré sur la gestion du risque avec un signalement d'événements porteurs de risque et mise en œuvre de recommandations, et cela avec le concours d'organismes agréés spécifiques. Comme les chirurgiens, les cardiologues exerçant une activité interventionnelle peuvent rentrer dans ce dispositif.

2. – Les “méthodes”

L'objectif n'est pas tant de promouvoir des méthodes d'évaluation que de favoriser des modalités d'exercice clinique portant en elles-mêmes leur volet d'évaluation. A ce stade, il est utile de rappeler que toutes les méthodes ont en commun de permettre l'analyse des pratiques médicales par rapport à des référentiels, et ce de la manière la plus facile à intégrer à sa pratique quotidienne (par exemple : staff EPP, réunion de morbidité, réunion de concertation pluridisciplinaire, prise en charge protocolée et évaluée au sein de réseaux, ou toute autre forme de démarche qui correspond à la définition du décret). Le médecin pourra s'aider de différents outils dont les “fiches techniques” ont été rédigées par les praticiens et la HAS : audit clinique (ciblé), chemins cliniques, revues de pertinence, indicateurs...

■ LE “CIRCUIT DE VALIDATION” DE L'EPP EN ETABLISSEMENT DE SANTE

En établissements publics ou PSPH, c'est la CME qui certifie l'accomplissement de chaque EPP réalisée par les médecins³, après avoir pris connaissance, le cas échéant, soit des conclusions des organismes agréés (OA), soit de l'avis du médecin expert extérieur (MEE) à l'établissement⁴, désigné selon des modalités définies par la HAS. Dans les établissements privés ne participant pas au service public, ce sont les CME et les URML qui organisent conjointement l'EPP, l'URML missionnant spécifiquement un Médecin Habilité qui jouera le rôle de l'expert extérieur.

Donc, les CME devront organiser, en fonction de leur statut et de leur taille, une sous-commission de la CME, auprès de laquelle cet expert extérieur (MEE ou MH) pourra remplir efficacement sa mission de validation des évaluations de pratique. Des conseils pratiques pour l'organisation de la démarche sont

³ CSP Art. R.6144-1 modifié par le décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatifs aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement.

⁴ Dans les établissements publics de santé, le médecin expert extérieur est un praticien hospitalier.



Fig. 1.

précisés par ailleurs⁵. La dimension de valorisation du travail des équipes sera un des rôles essentiels de ce “regard extérieur” ; de même, les échanges au sein de la structure ad hoc de la CME pour discuter des développements ultérieurs possibles ou déjà envisagés sont un temps fort de cette démarche de validation.

Le certificat “individuel” (fig. 1) ainsi établi par la CME et/ou l'URML est ensuite adressé au conseil régional de la formation médicale continue (CRFMC) dans le ressort de laquelle le médecin exerce son activité. Ce conseil, dès lors qu'il aura constaté que le médecin a satisfait à son obligation d'évaluation, en informe le conseil départemental de l'ordre des médecins qui, in fine, délivrera l'attestation quinquennale au médecin concerné.

■ CONCLUSION

Ainsi, les différents dispositifs proposés aux médecins exerçant en établissement de santé apparaissent complémentaires dans la démarche globale d'amélioration de la qualité des soins délivrés au patient. L'établissement au travers de la certification V2, d'une part, et les praticiens au travers des programmes d'EPP, d'autre part, participent ensemble à l'atteinte d'un objectif qualité commun mesuré et lisible par les patients.

S'ouvre donc une période de 5 ans au cours de laquelle chaque médecin devra avoir satisfait à ses obligations en matière d'EPP. Durant cette première période, l'HAS, en association avec les CME et les URML, s'engage à assurer un suivi de cette démarche afin de la faire évoluer et d'adapter son niveau d'exigences tant au service des professionnels qu'aux légitimes attentes des patients. ■

⁵ Le guide “Évaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé” est téléchargeable sur le site de la HAS.