



# Chapitre 106

## Évaluation de Pratiques Professionnelles EPP : outil d'amélioration ou contrainte ?

S. HATSCH

### Points essentiels

- L'article 59 de la Loi HPST du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » rend obligatoire le DPC pour les médecins.
- Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 obligation du DPC pour les paramédicaux.
- Depuis 2009, le nouveau référentiel de formation de la profession d'infirmier intègre des unités d'enseignement (UE) ciblant l'analyse des pratiques professionnelles.
- Les modalités d'évaluation des pratiques professionnelles sont définies par l'HAS qui s'engage à un partenariat avec les professionnels médicaux et paramédicaux.
- L'objectif de l'EPP est d'homogénéiser les pratiques en place, d'optimiser leur qualité et de pérenniser la démarche qualité.
- Les limites et contraintes sont multiples et peuvent être un frein à l'application d'une EPP notamment par les spécificités d'un service d'urgence.
- Le choix du sujet doit être pertinent, celui de la méthode modeste pour que le projet soit porté par l'ensemble des membres de l'équipe.
- Les infirmiers devront appréhender l'EPP comme une implication supplémentaire dédiée à l'analyse des pratiques quotidiennes offrant au final une meilleure qualité de vie au travail.
- L'objectif serait de soigner mieux, plus vite, en limitant les erreurs et dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

*Correspondance* : S. Hatsch – Infirmière DE – Attachée de Recherche Clinique – Pôle Urgences Adultes – Réanimation Médicale – CAP – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg – Hôpital de Hautepierre, avenue Molière, 67098 Strasbourg cedex. Tél. : 03 88 12 79 14  
E-mail :sophie.hatsch@chru-strasbourg.fr

## 1. Introduction

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue (FC) sont désormais intégrées dans un programme unique de Développement Professionnel Continu (DPC) dont le pilotage est assuré par l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC).

Instauré par l'article 59 de la Loi HPST du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » est obligatoire pour tous les professionnels de santé depuis le 1er janvier 2013, le DPC a pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en imposant une évaluation des pratiques professionnelles annuelle ainsi qu'une formation continue.

Le DPC combine ainsi une formation continue permettant d'acquérir ou d'approfondir des connaissances ou compétences tandis que les EPP s'assurent de leur bonne application dans la pratique professionnelle.

Le programme de formation pour les infirmiers (IDE) était à ce jour inclus dans le cadre de la « Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie » (FPTLV). Il s'agissait de plans de formation établis par les établissements de santé qui étaient libres du choix des programmes et de ses bénéficiaires. Son caractère obligatoire figure désormais dans les missions de ces établissements et les besoins en formation seront maintenant identifiés à partir de l'analyse des pratiques professionnelles.

Dans le cadre de ces évaluations, la Haute Autorité de Santé (HAS) s'engage à promouvoir les coopérations interprofessionnelles. Le choix du sujet exploité dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles dépendra des besoins identifiés dans les priorités de santé publique. Il illustrera une situation à laquelle des soignants auront été confrontés et s'intégrera dans une analyse des pratiques réelles. L'EPP aura ainsi pour objectif d'engager des professionnels de la santé dans une démarche qualité pertinente et pérenne ainsi que de développer une culture qualité au sein des services de soins.

Si les médecins sont familiarisés à ce type de démarche depuis la Loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie qui soumet tous les médecins à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles, quelle place les IDE vont-ils attribuer à cette nouvelle exigence réglementaire dans leur pratique quotidienne ?

## 2. À chaque Évaluation des Pratiques Professionnelles sa méthode

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles « consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode

élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d’actions d’amélioration des pratiques » (1).

L’EPP est un outil de mesure des pratiques professionnelles, un guide méthodologique pour leur mise en œuvre, un cadre de référence pour leur analyse et une aide pour le choix d’actions correctives.

Elle « a pour but l’amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l’efficacité et l’efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.» (2)

C’est un programme individuel ou collectif, mono ou pluridisciplinaire permettant d’établir un état des lieux des pratiques établies dans un service et de les comparer à des références professionnelles en vigueur.

Les modalités de mise en œuvre d’une EPP sont diverses et évolutives. Elles dépendent des objectifs poursuivis, des attentes des équipes et des ressources du service. La démarche doit être adaptée aux professionnels et répondre aux critères de faisabilité d’une telle évaluation dans les conditions réelles du terrain.

Les méthodes d’évaluation des pratiques professionnelles sont définies par la HAS, il existe plusieurs approches répondant à des objectifs différents. Ci-dessous, les principales approches utilisées en première intention, suivies de quelques exemples d’applications dans un service d’accueil des urgences (Tableau 1).

**Tableau 1** – Principales approches et méthodes d’EPP définies par la HAS.

Objectifs	Approches	De la théorie...	À la pratique
Réaliser le bilan d’une pratique au regard de l’état de l’art	Approche par comparaison	Audit clinique	Prise en charge de la douleur aux urgences selon les recommandations du CLUD <sup>a</sup>
Optimiser ou améliorer une prise en charge Maîtriser les risques d’une activité	Approche par processus	Chemin clinique Patient traceur	Chemin clinique : Traumatisme de la cheville Prise en charge d’une douleur en FID <sup>b</sup>
Traiter un dysfonctionnement	Approche par problème	Revue de mortalité morbidité	Autoextubation Surdosage médicamenteux
Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat	Approche par indicateur	Le suivi des indicateurs et maîtrise statistique des processus en santé (MSPS)	Taux de fugue Durée de passage

a. CLUD : Comité de LUTte contre la Douleur.

b. FID : Fosse Iliaque Droite.

## 2.1. Approche par comparaison à un référentiel

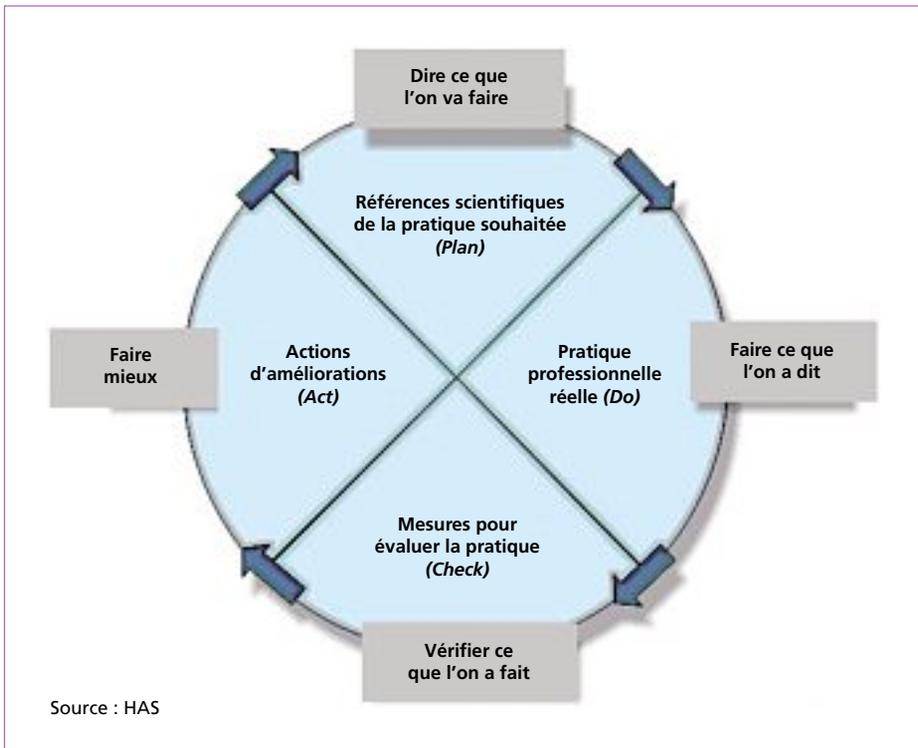
L'objectif est de réaliser une évaluation d'une pratique par rapport à un référentiel. Les méthodes utilisables dans ce sens sont les audits cliniques, les revues de pertinence et les enquêtes de pratique.

### 2.1.1. L'audit

C'est une méthode d'évaluation des pratiques qui permet de mesurer les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique recommandée à l'aide de critères d'évaluation. Il concerne toutes pratiques professionnelles pour lesquelles il existe un référentiel réglementaire, scientifique ou professionnel.

Les objectifs sont d'établir un état des lieux de la pratique au regard de références, d'analyser les écarts observés, de définir des axes d'amélioration et de réévaluer l'impact de ces changements sur l'homogénéisation des pratiques face aux recommandations. Ces objectifs s'inscrivent dans une démarche d'amélioration de la qualité décrite par la roue de Deming incluant 4 actions : planifier, faire, analyser, améliorer (**Figure 1**).

**Figure 1** – Roue de Deming ou roue de la qualité.



## 2.2. Approche par processus

Elle permet d'optimiser ou d'améliorer une prise en charge ou un processus donné, de maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité. C'est une approche d'analyse de parcours de soins.

### 2.2.1. Le chemin clinique

Description détaillée d'une prise en charge optimale d'un patient *via* son parcours de soins. C'est un décryptage tâche par tâche des éléments de sa prise en charge pluridisciplinaire. Ses objectifs sont d'optimiser, de standardiser, et d'homogénéiser une prise en charge. Les différents intervenants développent ainsi un nouvel outil de communication qui permet une meilleure coordination de leurs soins et une traçabilité des actes effectués. Le chemin clinique assure une rapidité de prise de décision dans un contexte plus sécuritaire.

### 2.2.2. Le patient traceur

La méthode du patient traceur est un nouveau programme d'évaluation mis en place par la HAS en octobre 2013. Cette méthode permet l'analyse de la qualité et de la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours hospitalier. Elle met en exergue les interactions pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires, et décrypte l'ensemble des éléments humains et matériels liés à sa prise en soins.

Cette méthode permet une vision globale d'un parcours de soins intégrant le vécu du patient (et/ou de son entourage) dans l'évaluation afin de connaître son degré de satisfaction. Le fil conducteur est le dossier de soins commun à tous les intervenants qui permet une traçabilité optimale du déroulement d'une prise en charge. Ce mode d'évaluation rentre dans le cadre de la gestion des risques et permet de s'adapter facilement à une variété de domaines. La méthode du patient traceur permet d'identifier d'éventuelles anomalies et de fixer des axes d'amélioration.

Elle favorise les échanges entre professionnels de la santé.

## 2.3. Approche par problème

Elle permet de résoudre un dysfonctionnement, d'analyser et de traiter des événements indésirables. Cette approche rentre également dans le cadre de la gestion des risques. En pratique, elle s'applique dans une revue de mortalité-morbidité (RMM), une méthode de résolution de problème, une analyse des processus et des méthodes d'analyse des causes.

### *Revue de mortalité-morbidité*

Selon la HAS, la RMM « est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi des actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. » (3)

L'objectif est d'analyser en réunion d'équipe ce qui s'est passé durant la prise en charge d'un patient, d'identifier les événements indésirables évitables, et de mettre en place des solutions pour éviter qu'ils se reproduisent.

Une RMM permet d'assurer un échange d'expériences au sein d'équipes pluridisciplinaires et d'intégrer un enseignement découlant d'éventuelles erreurs. Elle permet d'assurer une cohésion des équipes autour d'un objectif commun : assurer une totale transparence afin de ne plus réitérer la même situation. La RMM rentre dans le cadre des méthodes d'amélioration continue de la sécurité des soins.

## 2.4. Approche par indicateur

Pour la HAS, une investigation est déclenchée par le dépassement d'un seuil, l'identification d'une tendance ou le constat d'un écart par rapport à une référence.

Un indicateur est donc un outil de mesure permettant d'estimer objectivement la qualité des soins et ses variations dans le temps par rapport à des références choisies.

Celles-ci peuvent être externes (revue de la littérature... etc.) ou internes à l'établissement (pratiques des équipes de référence).

Pour plus de pertinence, ces mesures peuvent être répétées à distance afin d'établir un tableau de tendances des pratiques établies. L'étude des variations constatées fera l'objet d'une analyse pour tenter d'identifier les causes de cette variabilité et d'établir un plan d'actions pour y remédier.

## 3. L'Évaluation des Pratiques Professionnelles : de la théorie à la pratique infirmière

### 3.1. Nouveau diplôme, nouveaux infirmiers, nouvelles compétences ?

L'universitarisation de la profession d'infirmier intègre depuis 2009 le nouveau référentiel de formation des unités d'enseignement (UE) ciblant l'analyse des pratiques professionnelles.

- UE Soins infirmiers et gestion des risques ;
- UE Qualité des soins et évaluation des pratiques ;
- UE Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles.

Ainsi, la profession se modernise, avec l'accès aux filières universitaires de la licence au doctorat (dispositif LMD). On assiste à une véritable mutation de la fonction d'infirmier en France, harmonisant la formation infirmière au système européen par la mise en application des accords de Bologne du 19 juin 1999.

Le nouveau diplôme accroît par ce biais le champ de compétences de l'infirmier, son rôle dans la qualité des soins, dans la sécurité des patients est évident et s'articule tant dans ses pratiques que dans leur autoanalyse. L'infirmier est responsabilisé, il n'est plus seulement qu'un exécutant, il devient « un praticien réflexif ».

Selon Schön D., le praticien réflexif est « un professionnel capable d'analyser sa pratique de sorte à la faire évoluer. Un praticien capable de justifier ses choix, de se positionner voire de s'affirmer, de donner du sens à ses actes (4).

Le nouveau référentiel de formation confirme cette posture en précisant que « l'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif. » (5)

L'engagement de l'encadrement, des chefs de pôle et des directions des établissements de santé va dans ce sens et vise à revaloriser le travail infirmier notamment par le développement de la recherche infirmière *via* par exemple des Projets Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP) depuis 2011. Ces programmes permettent la publication de travaux et offrent une reconnaissance à l'ensemble de la profession. Ils favorisent l'émergence de nouvelles références de pratiques pouvant faire évoluer les recommandations professionnelles en vigueur.

### 3.2. La réalité du terrain

Sur le terrain, la nouvelle formation infirmière marque un clivage avec les IDE issus de la formation antérieure notamment par les connaissances et compétences acquises et leur aptitude à les mettre en pratique. Les nouveaux diplômés connaissent une théorie sans jamais avoir pratiqué d'analyse ou d'évaluation des pratiques professionnelles, les autres pratiquent au quotidien une démarche d'autoévaluation sans savoir qu'ils répondent en partie à une exigence institutionnelle dans le cadre du DPC.

En effet, l'infirmier est rodé au respect des procédures et protocoles déjà établis dans son cadre professionnel. Cependant, il ignore qu'il y participe activement en les appliquant et en les adaptant aux patients. L'infirmier exécute des soins quotidiennement, les évalue, les adapte et communique ces éléments au cours de ses transmissions.

Les transmissions ciblées utilisées comme interface au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, permettent une évaluation en temps réel de la prise en charge d'un patient. Elles sont gages de sécurité permettant de prévenir des événements évitables en les identifiant de manière optimale. Elles assurent également le suivi des informations relatives à la prise en charge du patient et garantissent leur traçabilité.

L'IDE est donc à l'initiative d'une démarche qualité mais ne l'inscrit pas en tant que telle dans le cadre d'une EPP. Est-ce par méconnaissance ou par désintérêt ? Les IDE sont-ils informés de la réglementation en vigueur dans le cadre du DPC et du rôle qui leur incombe ?

Jusqu'à ce jour, l'obligation des EPP dans le cadre de la certification des établissements de santé représentait une contrainte pour l'organisation des soins avec la crainte d'une éventuelle sanction. Pour les soignants, la priorité est donnée aux soins, leur analyse semble être secondaire. Pourtant, l'évaluation des pratiques est indissociable de la qualité des soins prodigués.

L'EPP au travers du DPC va donc demander un temps d'apprentissage et d'appropriation par les IDE en tant qu'outil d'amélioration de la qualité des soins par l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences. Il s'agira d'appréhender l'EPP comme une implication supplémentaire dédiée à l'analyse des pratiques quotidiennes offrant au final une meilleure qualité de vie au travail.

## 4. EPP aux urgences, les limites organisationnelles

Les limites et contraintes sont multiples et peuvent être un frein à l'application d'une EPP notamment par les spécificités d'un service d'urgence.

### 4.1. Les limites humaines

Les services d'urgence accueillent de nombreux jeunes diplômés attirés par l'aspect complexe et technique de ces services.

Les équipes sont donc assez peu expérimentées, les effectifs sont imposants, la polyvalence demandée par l'encadrement incite à des formations à des fonctions d'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) ou de gypsothérapeute et implique ainsi une mobilité accrue des IDE. Le travail s'articule au cœur d'une équipe pluridisciplinaire et les prises en charge des patients sont variées tant par leurs indications que par leurs degrés d'urgence. Les conditions de travail sont difficiles et les patients plus informés, exigent une qualité et une sécurité des soins optimales. L'exercice professionnel dans ce cadre est compliqué et se traduit par un turn-over important, ainsi qu'un taux d'absentéisme non négligeable. Le manque d'homogénéité des formations infirmières et l'aspect chronophage de telles démarches d'évaluation semblent perturber les professionnels et leur demande un effort supplémentaire d'appropriation avant d'y associer l'idée d'une dynamique collective bénéfique.

### 4.2. Les limites organisationnelles

Les urgences sont l'interface entre la médecine de ville et les équipes pluridisciplinaires d'un établissement de santé. C'est un lieu de diagnostic, de prévention, de traitement, accueillant un nombre imprévisible de patients dont les motifs d'admission diffèrent.

L'aspect organisationnel de ce type de service, demande un investissement particulier quant à l'organisation d'une EPP dont il faut respecter les abords méthodologiques malgré les aléas du terrain. Le nombre d'intervenants extérieurs

nécessite une communication accrue pour une adhésion de tous au sein d'un projet d'évaluation des pratiques. Le choix de la méthode doit être adapté aux conditions de travail, il s'agit d'évaluer sa faisabilité auprès des différents acteurs engagés dans la démarche. Le choix du sujet doit être pertinent, celui de la méthode modeste pour que le projet soit investi par l'ensemble des membres de l'équipe.

## 5. EPP : nouvelle voie d'amélioration des pratiques ?

Si l'EPP est devenue une obligation réglementaire pour tous les professionnels de santé, elle ne pose pas la question de l'intérêt porté par les professionnels quant à l'évaluation de leurs pratiques. Si la HAS s'implique dans un partenariat avec ces professionnels, dans quelle mesure vont-ils adhérer à ce programme ? Cette démarche sera-t-elle subie ou exploitée à bon escient ?

### 5.1. Vers une nouvelle identité professionnelle

La liberté de choix du sujet à exploiter et de sa méthodologie, permet une démarche participative d'une équipe pluriprofessionnelle. Les IDE deviennent acteurs directs de l'évaluation qualitative de leurs pratiques et sont ainsi valorisés dans leur cadre professionnel.

Le management de l'équipe d'encadrement associé à un intérêt nouveau des IDE pour l'analyse de leurs pratiques tend vers une dynamique de groupe qui lèvera au besoin les derniers freins aux changements et aux *a priori*. De la conception du projet à sa mise en œuvre, l'ensemble des professionnels concernés par l'EPP sera responsabilisé et mobilisera les ressources nécessaires au bon déroulement de la démarche. L'enjeu pour un service d'urgence est de fédérer une équipe autour d'un projet commun. L'analyse critique de leurs pratiques permettra un partage d'expériences développant la communication et les transmissions de connaissances. L'abord formatif prendra ainsi tout son sens dans une démarche interne initiale.

### 5.2. Vers une amélioration de la qualité du travail

En permettant d'objectiver l'analyse de pratiques professionnelles, l'EPP va décrypter nos habitudes de prise en charge, distinguer des points à améliorer et permettre d'élaborer en équipe des solutions pertinentes pour améliorer nos soins.

La communication établie au cœur de ce projet sera l'élément primordial pour une meilleure traçabilité permettant notamment d'assurer le suivi des patients et l'identification de problèmes persistants. Selon la méthode employée, une mise en place secondaire d'outils d'analyse pourra s'inscrire dans un schéma de travail quotidien par le biais de chemins cliniques ou de protocoles par exemple. Certains axes établis pour une EPP pourront perdurer et être réajustés par une analyse par indicateur permettant une vision plus ciblée d'un problème détecté. L'ajustement de la pratique réelle aux besoins des patients se fera par strates, reposant sur l'apport de nouvelles connaissances et compétences acquises notamment par la

formation continue. Ainsi, un personnel formé et investi dans la qualité des soins sera une garantie de la sécurité des patients. De plus, l'analyse de nos pratiques permettra une homogénéité des soins et une meilleure coordination des différents acteurs d'une prise en charge.

La dynamique de qualité de soins garantira une sécurité optimale des soins, améliorant la satisfaction des patients. Ainsi, la mise en confiance de ces derniers pourrait diminuer le nombre d'agressions ou de réclamations. Au final, l'objectif serait de soigner mieux, plus vite et en limitant les erreurs.

## 6. Conclusion

L'assurance d'une amélioration des soins ne dépendra pas tant de l'obligation réglementaire à effectuer des EPP que de l'implication des équipes soignantes sur le terrain. Il ne s'agit pas seulement de réorganiser, de repenser nos pratiques au quotidien mais de faire évoluer nos convictions et habitudes vers une autre philosophie, celle de la remise en question.

L'ancrage de la profession d'infirmier sous l'égide médicale, sa lente évolution dans l'histoire ont initié une certaine frilosité au changement et à son émancipation. Cependant, l'arrivée de nouveaux diplômés issus du nouveau référentiel de formation ainsi que le soutien de l'encadrement dont l'objectif est d'améliorer les soins semblent être des éléments essentiels à la modernisation de la profession d'infirmier et à la construction de sa nouvelle identité.

La réponse des directions des établissements de santé aux soignants quant au programme de formation continue fixera leur adhésion au projet d'analyse des pratiques professionnelles et à leur totale implication.

La place de l'infirmier dans les soins n'est plus à faire, celle dans l'analyse des pratiques et la recherche reste à prendre.

## Référence

1. Décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (CSP Art. D 4133-23).
2. Décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (CSP Art. D. 4133-0-1).
3. Revue de mortalité et de morbidité, une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Évaluation et Amélioration des Pratiques. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) (page visitée le 15/11/13).
4. Schön D. Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel, Les Éditions Logiques, Montréal, 1994.
5. Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier ([http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf))
6. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie ([www.legifrance.fr](http://www.legifrance.fr)).

7. Article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ([www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)).
8. HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé. CDROM de 2006.
9. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, HAS, juin 2005.
10. DPC les fondamentaux, [www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr) (page visitée le 15/11/13)
11. ANAES. Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé, Paris, juillet 2000.