

**Analyse des pratiques
professionnelles
(de la théorie à la pratique)**

Françoise Vendittelli

Rappel des principes invariants de base de toute APP

ETAPE 1

Choix du sujet ++++

- **Objet d'un enjeu d'amélioration**
 - tenir compte fréquence, gravité, impact pour la santé publique....
 - tenir compte faisabilité en terme de moyens et d'existence de référentiels
 - si ES : soutien de l'institution et implication du plus grand nombre de professionnels concernés par le sujet
- **Doit aussi tenir compte de son activité**

Etape 2

Objectif(s)

- **Objectifs clairs** à définir dès le début de la démarche d'APP

Doivent être pragmatiques et réalistes

Etape 3

Méthode : Evaluation initiale

- Choisir une **méthode adaptée** au sujet choisi incluant l'analyse des résultats et la participation des prof concernés
- Préciser les **modalités de recueil et d'analyse de données** (individuelles ou collectives)

Etape 4

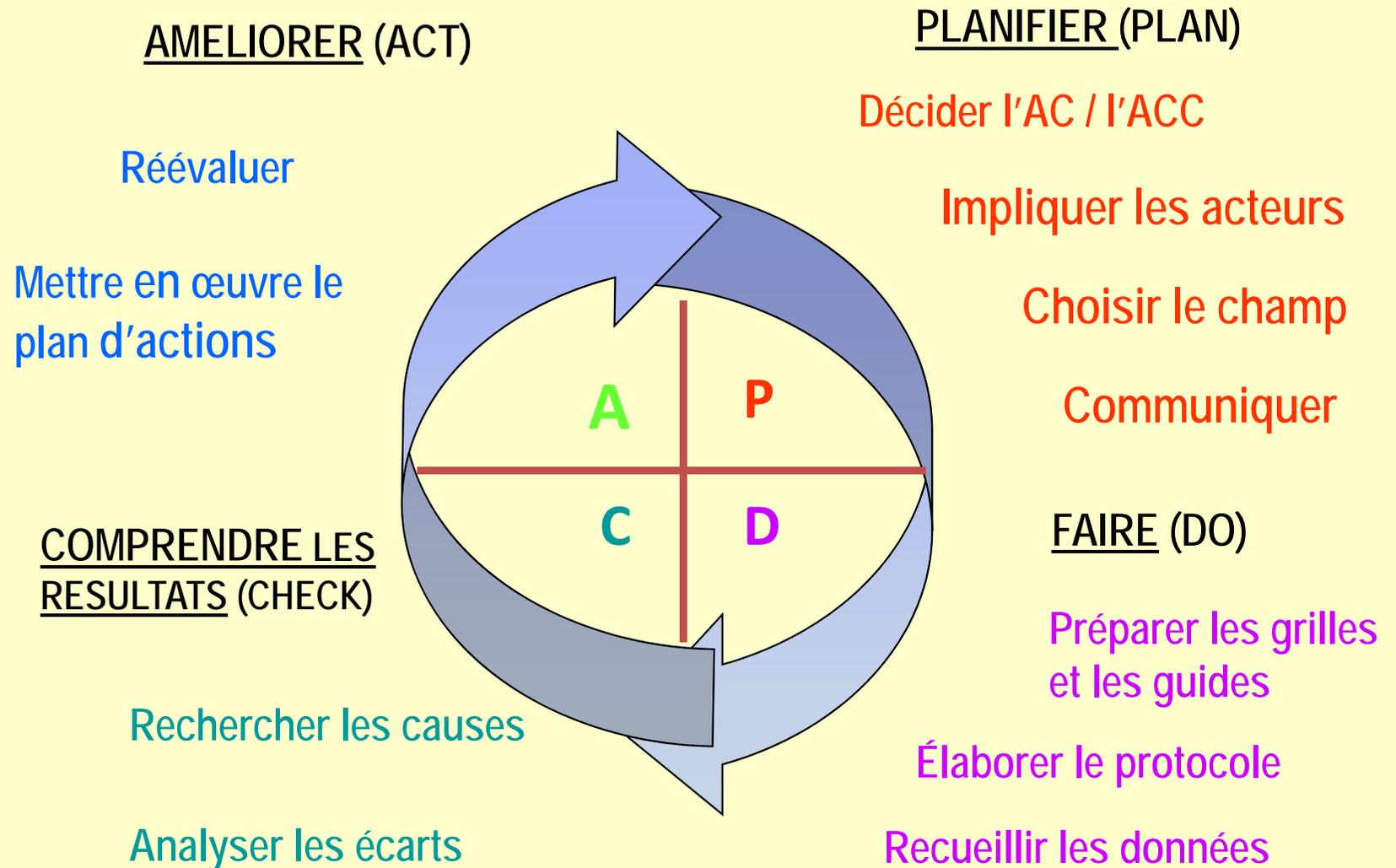
Que faire des résultats observés ? (1)

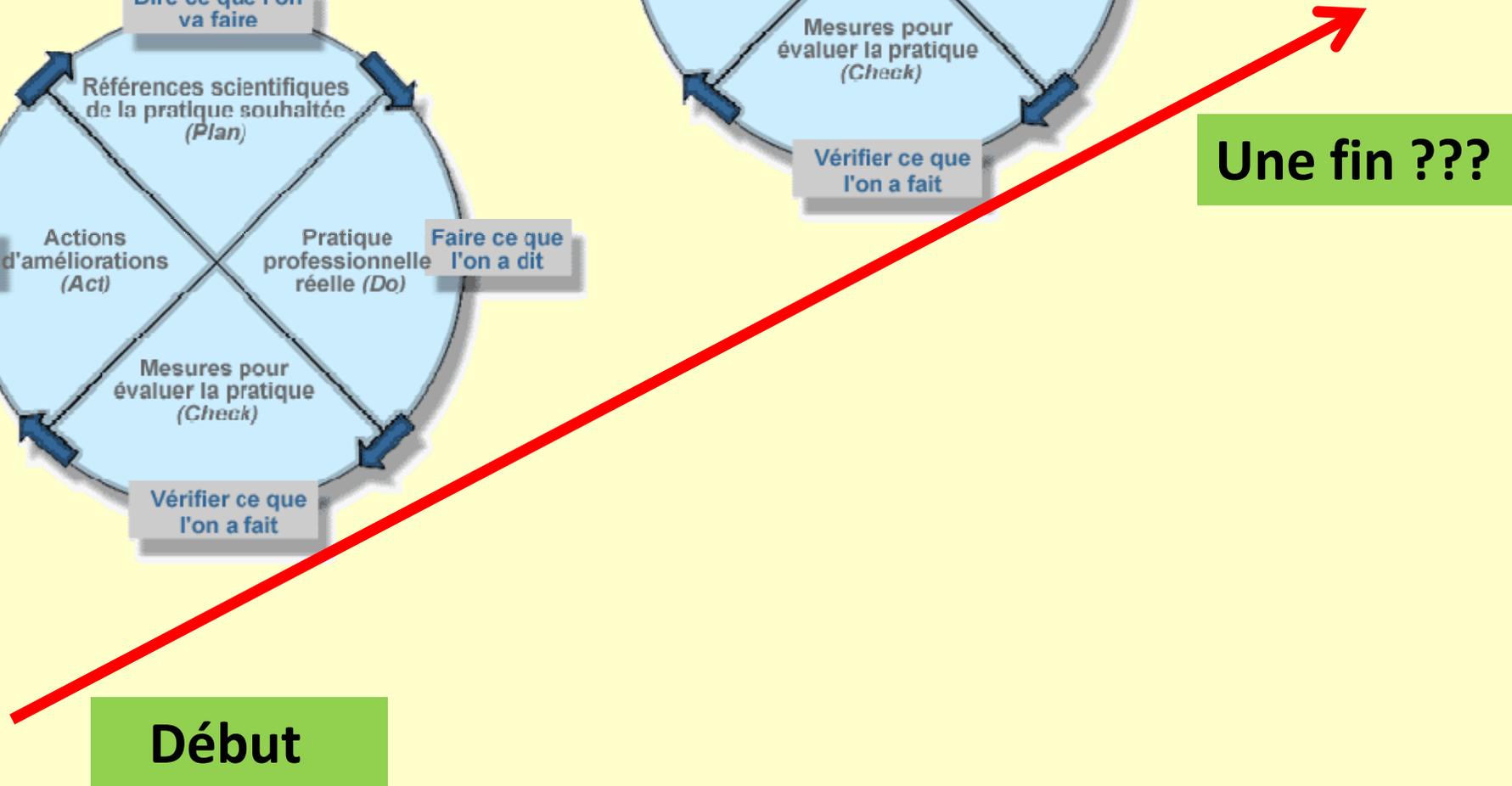
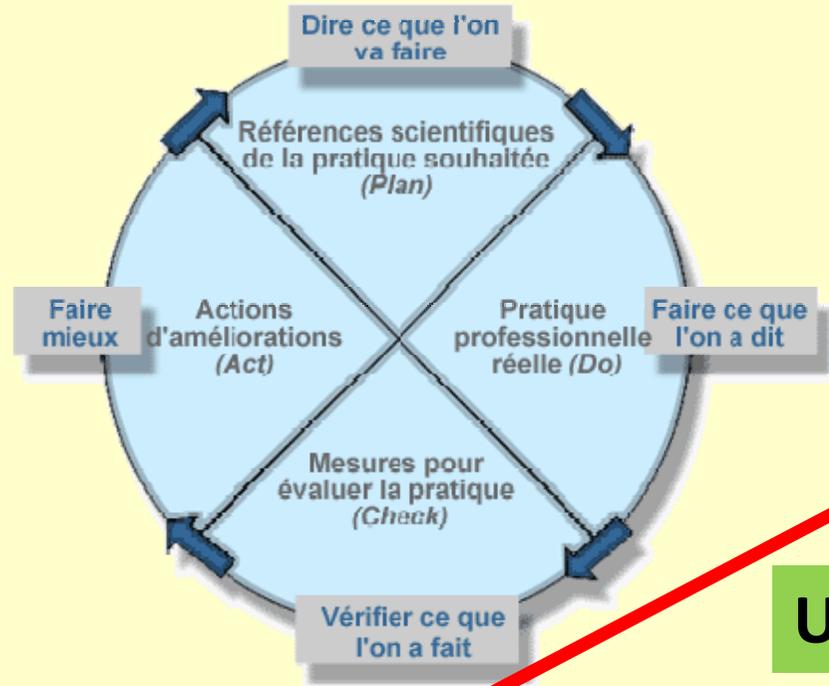
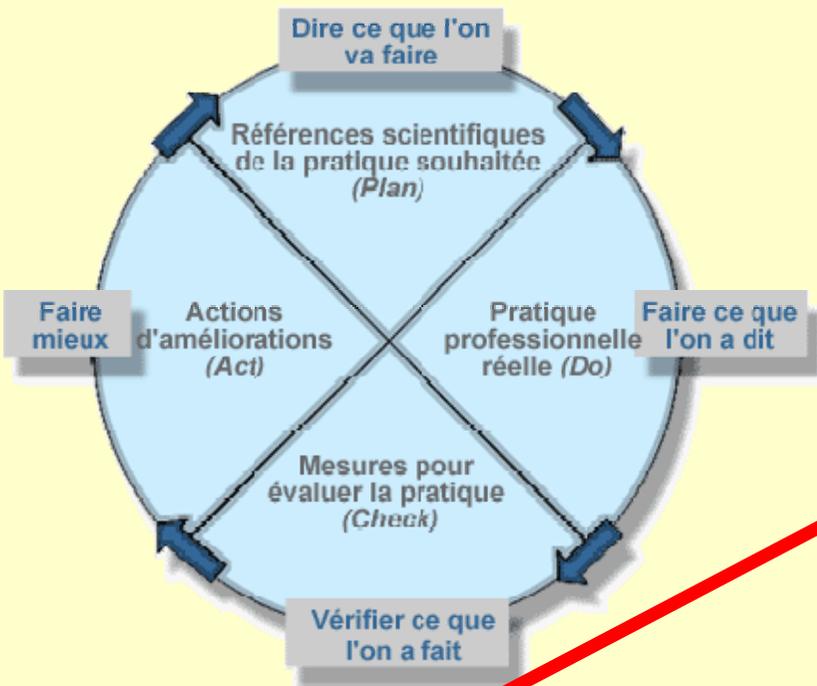
- Prévoir un plan d'actions d'améliorations suite à l'analyse des résultats
- Le suivi de ces actions et la mesure des résultats nécessitent d'avoir dès le début de la démarche choisis des **indicateurs pertinents**

Que faire des résultats observés ? (2)

- Prévoir un **plan de communication** des résultats aux professionnels évalués et une **comparaison** avec d'autres équipes ou bases de données nationales si possible
- **De ces comparaisons d'autres actions d'améliorations peuvent en découler**

APP = PDCA : la roue de Deming





Début

Une fin ???

Les méthodes fréquemment utilisées dans l'APP

Préalables (1)

- **Cet exposé ne porte pas sur les méthodes (ensemble +/- structuré de principes) et outils concernant les démarches qualité pour les établissements de santé :**
 - HACCP (hazard analysis critical control point)
 - RABC
 - certification par HAS
 - maintenance productive totale
 - AMDEC (analysis failure mode), etc.

Préalables (2)

- Cet exposé vise à expliquer les méthodes utiles dans la mise en place d'APP qui reproduit une démarche qualité classique = PDCA (Plan Do Check Act) : roue de Deming.
- Cet exposé ne vise pas non plus à énumérer de façon exhaustive toutes les méthodes ayant été publiées.

Les différentes approches des APP (1)

- Les méthodes et outils dans le cadre de l'APP ont des approches = processus, comparaison, problème, clients, coûts et managériale.

- **Approche par processus** : (Processus = ensemble complexe de tâches à effectuer pour réaliser une activité).

Méthodes pour lesquelles toute activité étudiée le sera dans une approche processus.

Le processus sera +/- étendu en fonction du thème choisi [Certification HAS, HACCP, RABC, AMDEC, maîtrise statistique des procédés, maintenance productive totale,...]

Les différentes approches des APP (2)

- **Approche par comparaison** : méthodes comparant sa façon de travailler soit avec un référentiel préétabli, soit à d'autres entreprises sur une activités similaire [audit clinique, revue de pertinence des soins, benchmarking,...]
- **Approche par problèmes**: méthodes utilisables lorsque la démarche sera mise en œuvre pour améliorer une situation où les problèmes sont clairement identifiés (méthode de résolution de problèmes, AMM,...]

Les différentes approches des APP (3)

- **Approche par clients** : méthodes où on fait systématiquement appel au clients pour définir les améliorations à apporter. Elles ont pour but de rechercher les attentes des clients afin de mieux définir les caractéristiques du nouveau produit ou service [déploiement de la fonction qualité,...]

Les différentes approches des APP (4)

- **Approche par les coûts** : les méthodes classées dans cette catégorie sont celles pour lesquelles la dimension économique doit obligatoirement être prise en compte lors de la conception ou l'amélioration d'un produit ou service [analyse de la valeur..]
- **Approche managériale**: méthodes pour lesquelles les managers de l'institution sont impliqués totalement dans le projet de sa conception jusqu'à son résultat final. Sans cette implication directe la méthode ne peut être utilisée [Management par percée...]

Méthodes d'évaluation et APP

Audit clinique

L'audit clinique (1)

- **Définition** : méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques notamment de soins, à des référentiels admis, en vue de mesurer la qualité de ses pratiques (et les résultats de soins) avec l'objectif de les améliorer.
- **Champ d'application** : pratiques prof pour lesquelles il existe un référentiel ou, au minimum, un accord professionnel permettant de le construire

L'audit clinique (2)

- **Objectifs** : mesurer l'écart entre la pratique observée et celle attendue (référence) puis ensuite, de définir et de mettre en œuvre des actions d'amélioration et s'assurer de l'efficacité des actions mis en place
- **Conditions de réussite** : cibler une pratique professionnelle bien définie et non un problème complexe d'organisation. Définir un objectif centré sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation des personnes.

L'audit clinique (3)

- **Description (6 étapes):**
 - **choix du thème**
 - **choix des critères** (recherche référentiel via analyse littérature..., définir les critères d'évaluation = ensemble des variables dont la mesure rend compte de la conformité au référentiel, définir la valeur attendue du critère (standard).
 - **choix de la méthode de mesure** : type de recueil des données, source d'information, taille échantillon, construction grille d'audit, tester cette grille. Choisir éventuels indicateurs de suivi.

L'audit clinique (4)

- **Description (6 étapes): suite**
 - **recueil des données**
 - **analyse des résultats** (calcul de l'écart entre valeur observée et attendue). Rechercher les causes des écarts
 - **plan d'actions d'amélioration et de réévaluation** : présentation résultats, recensement et priorisation des actions correctives avec calendrier. Nomination d'un responsable chargé de leur mise en œuvre. Déterminer date réévaluation et critères à réévaluer. Mesure de l'impact des actions correctives

L'audit clinique (5)

- **Audit clinique ciblé :**
 - Méthode d'APP de 1^{re} intention qui permet, à l'aide d'un nombre limité de critères, de comparer ses pratiques à des références admises, en vue de les améliorer.
 - Elle vise à une faisabilité et une acceptabilité maximales; tenant compte de la charge de travail des prof.

Exemple 1

- Grille d'audit sur la prise en charge hospitalière des suicidants

Un exemple de référentiel d'évaluation

La prise en charge hospitalière des suicidants

Étiquette du patient : À défaut année de naissance sexe M F

Date de l'admission : N° de grille :

Nom et fonction du responsable de l'audit :

Nom et fonction du professionnel ayant recueilli les données :

N°	CRITÈRES	OUI	NON	NA	SOURCE DE L'INFORMATION	COMMENTAIRES
1	La prise en charge du patient adressé à l'hôpital pour une tentative de suicide a débuté dans le service d'urgence (SAMU-SMUR compris).				DPA	
2	Un examen somatique initial a été réalisé aux urgences (SAMU et SMUR compris).				DPA	
3	Le patient a bénéficié d'un premier entretien avec un psychiatre dans les 24 heures qui ont suivi son admission ou à défaut dès que son état de conscience a permis la réalisation de l'entretien.				DPA	
4	Cet entretien s'est déroulé dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité.				psychiatre	
14	Le compte rendu d'hospitalisation est adressé au(x) médecin(s) désigné(s) par le patient dans un délai inférieur à 8 jours suivant la sortie du patient.				DPA	
15	Le patient a reçu à sa sortie une information écrite mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables 24h/24 en cas de besoin.				DPA équipe soignante	
16	Le professionnel référent s'est informé de la venue du patient au rendez-vous fixé à sa sortie et a pris les initiatives nécessaires en cas d'absence de celui-ci.				DPA équipe soignante	

NA = non applicable

DPA = dossier du patient

Exemple 2

- « Episiotomies » au sein d'une maternité

Azuar AS, Vendittelli F, et al. Politique restrictive d'épisiotomies au sein d'un service : un exemple d'évaluation des pratiques professionnelles. *Gynecol Obstet Fertilite* 2013 ;41 :10-5.

	Réponses observées			Commentaires
	Oui	Non	NA ^a	
C1 ^b : L'indication de l'épisiotomie est présente dans le dossier				
C2 ^b : Le nom de la personne ayant réalisé l'épisiotomie est dans le dossier				
C3 ^b : Le nom de la personne ayant suturé l'épisiotomie est dans le dossier				
C4 ^b : Un compte rendu de la réfection est présent dans le dossier				
C5 ^b : L'évaluation de la douleur est tracée dans le dossier au cours de la réfection				
C6 ^b : L'évaluation de la douleur est tracée dans le dossier en suites de couches				

^a NA : non applicable. Cette réponse doit toujours faire l'objet d'un commentaire.

^b C : critère de la grille d'audit.

Tableau 3

Comparaison des résultats des deux phases d'évaluation de notre audit clinique.

Items de la grille d'audit	2005 (n = 100) % [IC95 %]	2007 (n = 85) % [IC95 %]	p
<i>Nom de l'opérateur de l'épisiotomie noté</i>	87 [79,9–94,1]	90,6 [84,1–97,1]	0,44
<i>Nom de l'opérateur de la suture noté</i>	86 [78,7–93,3]	90,6 [84,1–97,1]	0,34
<i>Type(s) de fils utilisé(s) notifié (s)</i>	68 [56,9–79,1]	76,5 [66,2–86,8]	0,20
<i>Indication de l'épisiotomie présente</i>	48 [33,9–62,1]	51 [36,2–65,8]	0,61
<i>Compte rendu^a</i>			
Complet	64 [52,2–75,8]	69,4 [57,6–81,2]	0,69
Incomplet	14 [0–32,2]	10,6 [0,0–30,7]	
Absent	22 [4,7–39,0]	20 [1,0–39,0]	
<i>Évaluation de la douleur^b</i>	0 [0–0]	1,2 [0,0–22,5]	0,46
<i>Anesthésie lors de la réfection^c</i>	90 [83,8–96,2]	94 [88,8–99,2]	0,31
<i>Complications^d</i>	100 [100,0–100,0]	100 [100,0–100,0]	0,41

^a Compte rendu de la réfection de l'épisiotomie dans le dossier médical considéré comme complet lorsqu'il cite à la fois l'opérateur, l'indication, la technique, le type de fil. Il est considéré comme absent si aucun de ces critères n'apparaît et comme incomplet si l'un de ces items est manquant.

^b Évaluation de la douleur tracée dans le dossier, lors de la réfection de l'épisiotomie et en suite de couche.

^c Type d'anesthésie tracée dans le dossier lors de la suture de l'épisiotomie.

^d Observation médicale objectivée dans le dossier en cas de complications.

Analyses de morbi-mortalité

Analyse de la mortalité et morbidité (1)

(approche par problème)

- **Définition** : Méthode (rétrospective et systémique) qui consiste à analyser collectivement au cours d'une réunion les dossiers de patients décédés ou ayant présentés certaines complications morbides ou un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient.
- **Champ d'application** : structure de soins au niveau d'une unité, d'un service, d'un pôle ou d'un ES
- **Objectifs** : s'interroger sur le caractère évitable de l'évènement. Déterminer les causes de survenue de cet évènement en cas d'évènement potentiellement évitable. **Ensuite engager des actions destinées à prévenir la survenue d'un évènement similaire.**

Analyse de la mortalité et morbidité (2)

- **Ressources nécessaires** : aucune
- **Conditions de réussite** : L'organisation doit être adaptée en fonction des caractéristiques de la structure (volume, type d'activité).
Cette organisation doit être définie par écrit.
L'adhésion des praticiens doivent être requis.
Les réunions doivent être régulières (pérennité)

Analyse de la mortalité et morbidité (3)

- **Description (1) :**
 - **Responsabilité et organisation générale :**
organisation et animation à confier à un médecin permanent ; la composition de la réunion est définie par le service (médecins seniors et juniors+++ et autres prof peuvent y participer).
 - **Sélection des cas :** Décès +++, pour les cns morbides ? (cns iatrogènes, accident TTT, infection noso, reprise bloc, escarre, retour inopiné en réa, chute, réhospitalisation non programmée, etc.).

Analyse de la mortalité et morbidité (4)

- **Description (2) :**
 - **Préparation de la réunion :** Le responsable de la réunion établit la liste des patients à discuter à partir des fiches renseignées et il répartit la présentation des dossiers.
 - **Déroulement réunion :** Il faut un secrétaire de séance pour compléter la fiche du cas présenté.
Signature des présents.
Eviter remarque inutile ou agressivité.
Au terme de la discussion, déterminer si EI était évitable et noter les causes.
Proposer des actions correctives (état d'avancement de ces actions sera présenté à la prochaine séance).
L'animateur veille au respect des temps de parole.

Analyse de la mortalité et morbidité (5)

- **Description** (3) :

- **Archivage** : Conserver toutes les fiches de signalements des cas avec le type de la complication, son caractère évitable, et les éventuelles actions engagées.

- **Evaluation de l'efficacité des réunions de morbi-mortalité** : Un suivi du nombre et du type de complications est à envisager afin d'évaluer l'impact des actions engagées. Une évaluation annuelle est nécessaire.

Analyses de la mortalité et morbidité (6)

- **Les différents types d'AMM :**
 - **RMM** : est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient.

Elle permet l'amélioration des pratiques, le perfectionnement des connaissances grâce au retour d'expérience réalisé, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques (à posteriori).

Analyses de la mortalité et morbidité (7)

- **Les différents types d'AMM (suite):**

- **RMM (suite) :**

- Etape 1 :** Présentation du cas – Qu'est-ce qui est arrivé ?

- Etape 2 :** Recherche et identification de pb de soins – Comment est-ce arrivée ?

- Etape 3 :** Recherche des causes et analyse de la récupération – pourquoi cela est-il arrivé ?

- Etape 4 :** synthèse et proposition d'un plan d'action – qu'avons-nous appris ? Quels changements mettre en œuvre ?

Analyses de la mortalité et morbidité (8)

- Les différents types d'AMM (suite):
 - REX :

Simplification RMM

Exemple 1

- RMM « Anges » RSPA, déclinée au sein du niveau III

- **Objectifs de la RMM** : Le but du staff des anages est l'amélioration continue de la qualité des soins et de la prise en charge des mères et de leurs enfants, au sein du RSPA et du niveau III.
 - principal** : réduction de la mortalité périnatale
 - secondaires** :
 - réduction de mortalité néonatale
 - réduction de le morbidité néonatale

Méthode d'évaluation (1)

- **RMM structurée**, formalisée avec émargement, synthèse écrite, évitabilité discutée, actions d'amélioration discutées et mises en place, compte rendu annuel présenté.
- **Organisation formalisée** (cf. procédure du RSPA actuellement en version 3 déclinée au CHU : V3 diffusée le 21/08/2012 et V1 diffusée le 20/09/2007)

Méthode d'évaluation (2)

- **Modes et critères de sélection des cas :**
Doivent être recensés pour le staff des anges :
 - Les morts foétales in utero (> 22 SA et > 500g),
 - Les décès néonataux (jusqu'à J 28)
 - Les dossiers de nouveau-nés victime d'une morbidité inhabituelle
 - Les dossiers concernant les interruptions médicales de grossesse (IMG) ou gérés par le CPDP ne sont pas à présenter au staff.

Méthode d'évaluation (4)

- **Les dossiers sont repérés de trois façons avant chaque staff :**
 - Tout enfant ayant été transféré ou muté en réanimation : repéré par le Dr P V
 - les MFIU : repérées par F V pour le CHU
 - Les autopsies d'enfants ou de foetus (hors IMG) ayant été réalisées au CHU sont répertoriées (PV et FV)

Méthode d'évaluation (5)

- **Responsable récupération - préparation des dossiers et sélection des dossiers du CHU** : Dr PV et FV
- **Groupe pluridisciplinaire** : obstétriciens, pédiatres, échographistes, anesthésistes, sages femmes, puéricultrices, internes ...
- **Déroulement** : Télétransmission et salle de staff du pôle GORH

Méthode d'évaluation (6)

- **Périodicité** : Il y a 3 staffs des anges par an
- **Durée** : chaque réunion, dure 2 heures et a lieu un jeudi de 14 heures à 16 heures
- **Dates prévues à l'avance** : envoyées par mails, poster, affiches papier et sur web CHU/onglet pôle GORH et sur site web du RSPA

Résultats

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nbre réunions	3	2	3	3	2	3	3
Nbre dossiers repérés	48	22	45	35	31	27	32
Nbre établ.	6	6	7	6	5	6	6
Nbre profess.	25	15	33	21	12	20	13

-Risques +++ : liés au terme, au poids, au diabète maternel, à la RPDE, au tabagisme, à la gémellité.

-Nécessité d'amélioration sur les pratiques professionnelles :

compétence : analyse du RCF

organisation : prise en charge en salle de naissance et conditionnement, transfert NN ; rapidité intervention

médicament : iatrogénicité, erreur

Taux global d'évitabilité dans nos RMM (%)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
%	16,67	13,63	2,22	17,14	25,80	7,5	6,2
Nbre dossiers repérés	(n=48)	(n=22)	(n=45)	(n=35)	(n=31)	(n=27)	(n=32)

ACTIONS d'amélioration mises en oeuvre (1)

- **Communication liée au « staff des anges »**
 - Diffusion sur site web du RSPA des CR anonymisés des staffs (accès professionnel).
 - Synthèse rendue lors de la journée annuelle de juin du RSPA
 - Actions d'évaluation présentées lors des staffs du pôle GORH
- **Rédaction et diffusion de protocoles du RSPA déclinés au sein du pôle GORH ou directement élaborés par le pôle GORH (cf. gestion documentaire du pôle GORH)**

ACTIONS MISES EN ŒUVRE (2)

- **Formations régionales des professionnels = journées annuelles du RSPA de juin (quelques exemple depuis 2007)**
 - Morbidité grave et mortalité maternelle (06/07)
 - Grande prématurité (06/08)
 - Femme et épilepsie (01/09)
 - Les R.C.I.U (06/09)
 - Pathologie cardiaque et grossesse (06/10)
 - Prévention du risque en périnatalité (06/11)
 - La césarienne (04/12)
 - Hématologie et grossesse (06/2013)
- **Journée annuelle du réseau de janvier avec le CPDP (dépistage T21, épilepsie, gémellaire, diabète)**

ACTIONS MISES EN ŒUVRE (3)

- Autres formations du RSPA :

- **Formation professionnelle « Conduites addictives »** +++ en Auvergne via le RSPA
 - 5 formations de niveau I de décembre 2007 à mai 2011
 - 4 formations de niveau II de septembre 2008 à nov.2010
 - 1 formation spécifique pour les cadres
 - Réalisation et diffusion d'un poster régional
 - Co-organisation de la journée 2007 APPri (*Association Périnatalité Prévention Recherche et Initiative*).
- **Autres formations :**
 - Atelier : analyse RCF en juin 2009
 - Atelier : CAT devant une femme enceinte polytraumatisée, réanimation du nouveau né en salle de naissance, suivi d'une grossesse à bas risque, extractions instrumentales.... (janvier 2013)

ACTIONS MISES EN ŒUVRE (4)

- Formations régionales des professionnels = nombre prof
Chu formée

Nbre agents CHU formés par RSP	2007	2008	2009	2010	2011	2012
N	13	29	44	65	56	88

ACTIONS MISES EN ŒUVRE (5)

- **Autres formations spécifiques CHU :**
 - Sessions d'actualisation des pratiques sur la Réa en salle de naissance pour les SF du CHU.
 - « Simulation » réa bébé au CARO 2012
 - Staffs scientifiques mensuels du pôle GORH **(émargement)**
 - Enseignement aux internes, sages-femmes

Revue de pertinence

Revue de pertinence des soins (1)

(approche par comparaison)

- **Définition** : méthode qui permet d'évaluer l'adéquation des soins et des durées **d'hospitalisation** aux besoins des patients.
- **Champ d'application** : Elle s'applique à un soin ou un programme (dépistage, diagnostique, TTT...) et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins.

Revue de pertinence des soins (2)

(approche par comparaison)

- **Objectifs** : déterminer un ensemble de critères explicites qui, si l'un d'entre eux est présent, indiquent que le soin ou la journée d'hospi sont appropriés.
Rechercher les raisons en cas de soin ou de journée non appropriés.
- **Ressources nécessaires** : recourir à un évaluateur extérieur à l'équipe de soins.
Former les utilisateurs à la méthode.

Revue de pertinence des soins (3)

- **Conditions de réussite :**
 - Motiver les utilisateurs à accepter l'évaluation régulière.
 - Tenir les utilisateurs informés des résultats.
 - S'appuyer sur des critères de pertinence compris et acceptés par tous les utilisateurs.
 - construire un support de saisie fiable, simple et ergonomique.

Revue de pertinence des soins (4)

- **Description (1) :**
 - Pour les revues d'hospitalisation, les plus courantes, on choisit comme unité de base la journée d'hospitalisation.
 - **4 étapes :**
 - **Définition et validation des critères :** en pratique, l'activité de l'unité de soins est comparée à une liste de critères de pertinence préétablie.

Revue de pertinence des soins (5)

- **Description (2) :**

- **4 étapes (suite) :**

- **Elaboration et test de l'outil de mesure :**

Ces critères sont listés et présentés sous la forme d'une grille de saisie.

La grille est testés sur qqs cas avant d'être utilisée à grande échelle.

- **Recueil des données par l'évaluateur externe**

Revue de pertinence des soins (6)

- **Description (3) :**

- **4 étapes (suite) :**

- **Analyse et diffusion des résultats :**

Lorsqu'aucun critère de pertinence n'est identifié, il faut en rechercher la cause.

Les causes de barrières sont :

- causes liées au médecin ou soignant
- causes liées à l'hôpital
- causes liées au patient
- causes liées à l'environnement extra ES

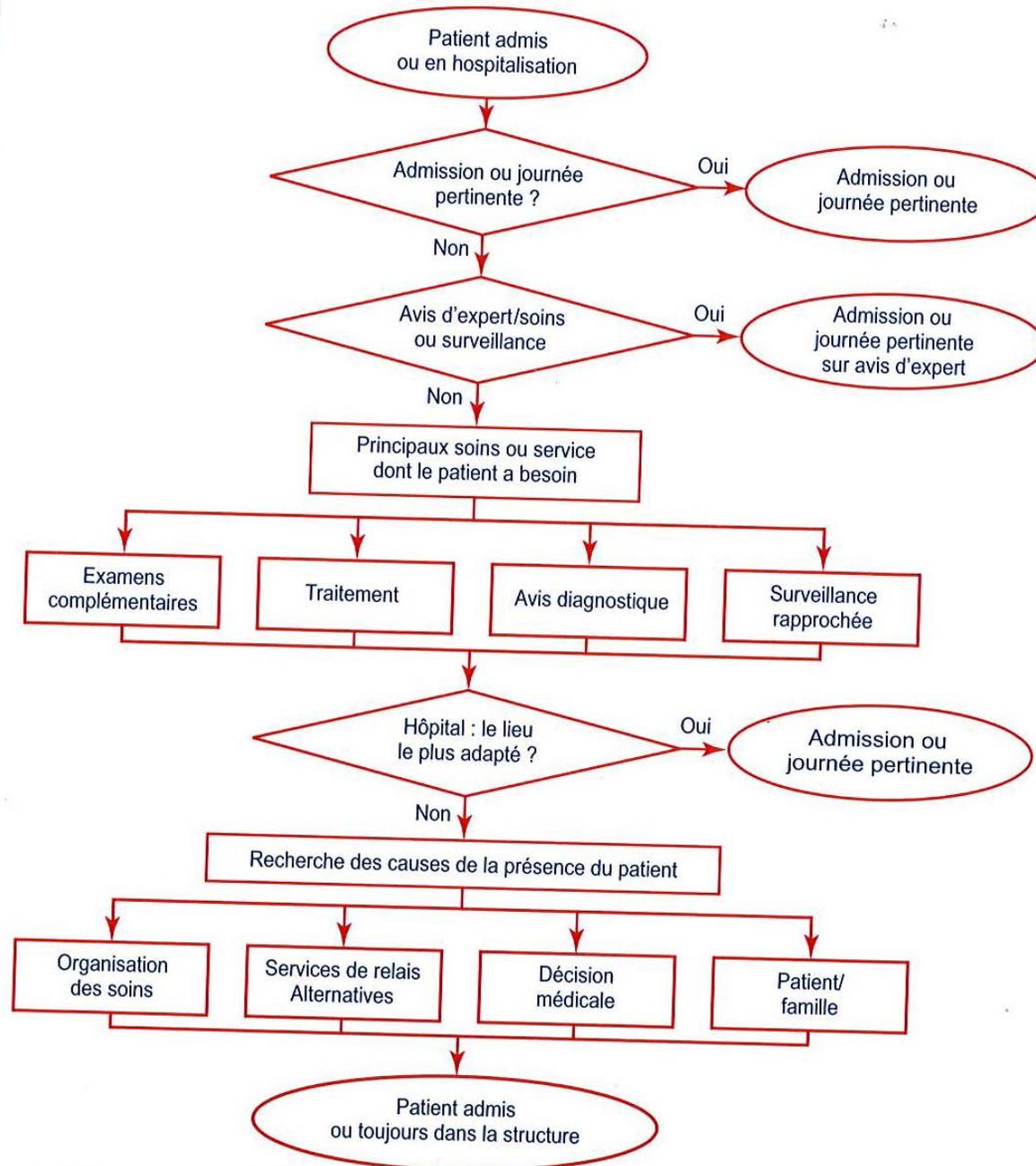
Revue de pertinence des soins (7)

- **Description (3) :**
 - **4 étapes (suite) :**

Lorsque les causes de retard ont été validées par un superviseur ou un pair, elles sont présentées sous forme chiffrée et graphique aux instances compétentes en vue de décider les actions correctives opportunes.

Exemple 1

Démarche suivie pour une revue de pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation



Exemple 2

- **Revue de pertinence des césariennes au sein d'une maternité ou d'un réseau**

Méthodes (1)

- **Echantillon :**

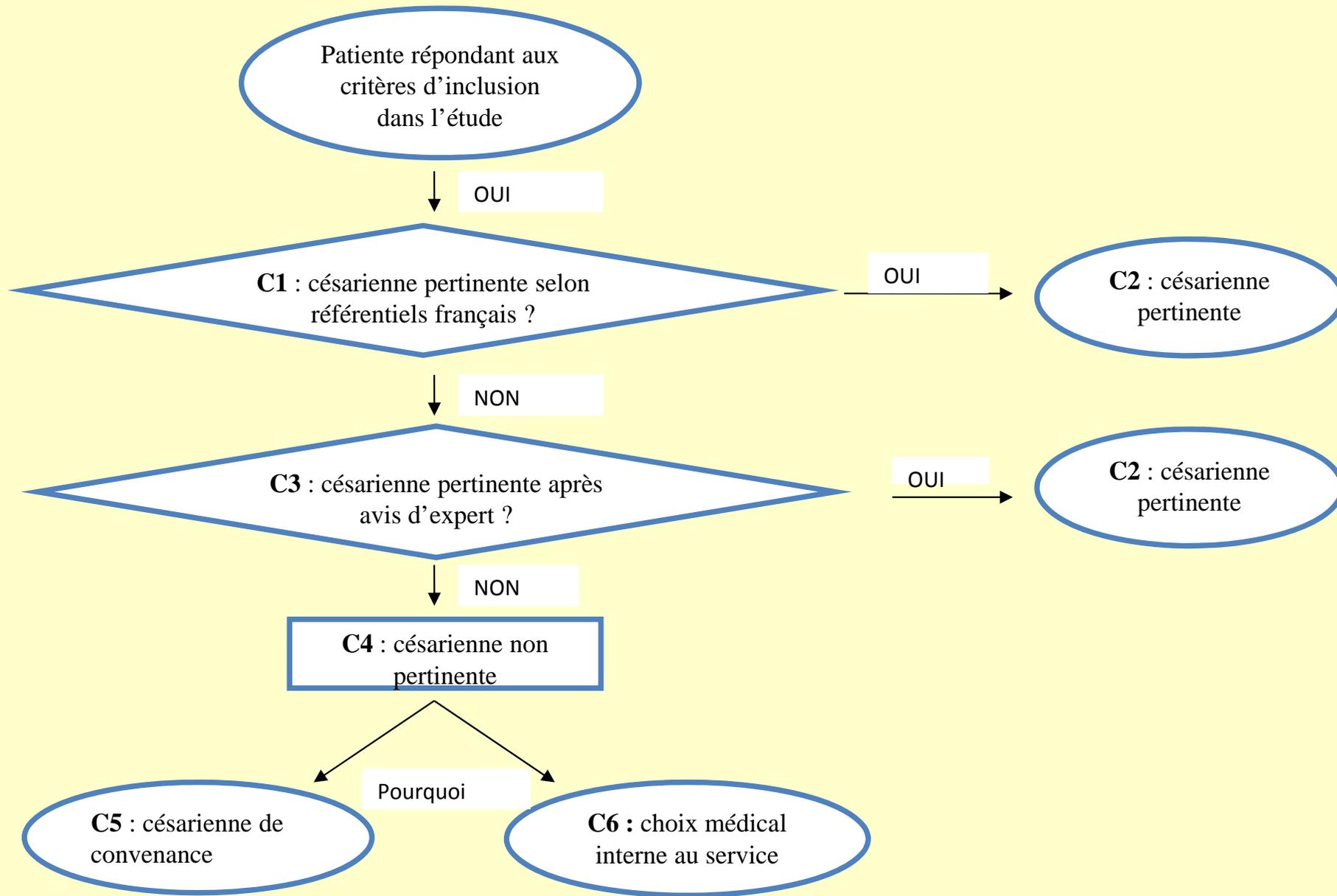
- **Critères d'inclusion :** † ayant eu une césarienne programmée et réalisée dans une des maternités du RSPA (avant ou pendant le travail), ≥ 37 SA, nullipares ou primipares, quel que soit leur âge, singleton ou gémellaire (J1), ayant un fœtus en présentation céphalique et avec enfant vivant ou mort né

- **Critères d'exclusion :** multipares (≥ 2), grossesses multiples (≥ 3), les présentations dystociques ou potentiellement dystociques (siège et transverse), et les césariennes en urgence (non programmées)

Méthodes (3)

- Une **césarienne programmée** a été définie comme une césarienne dont l'indication était posée 48 heures avant la réalisation de celle-ci
- La **césarienne dite « de convenance »** a été définie comme une césarienne faite sur demande de la patiente en l'absence d'indication médicale ou obstétricale avérée

Représentation graphique de l'outil « revue de pertinence des césariennes »



Résultats (1)

- Cette étude s'est déroulée au CHU, le 23 novembre 2011
- 26 dossiers analysés depuis janvier 2011 au 23 novembre 2011.

Résultats (2)

	CHU (n=26 dossiers) %	RSPA (n=192 dossiers) %
Césariennes non pertinentes	19,2 (5)	34,9 (67)
Césariennes de convenance	11,5 (3)	13 (25)
Césarienne par choix interne au service	7,7 (2)	21,9 (42)

Plan d'actions d'amélioration (1)

- le plan d'actions d'amélioration du RSPA prévoyait la mise en place d'une formation sur les césariennes le 27 avril à laquelle ont participé 26 professionnels du CHU.

Plan d'actions d'amélioration (2)

- **Les actions d'amélioration spécifiques à notre maternité ont été, dès 2012 :**
 - * la diffusion des résultats par mail aux professionnels, par l'Intranet du CHU, et lors d'un staff de service mensuel du lundi soir
 - * la mise à jour de notre logiciel informatique sur lequel est réalisé les CROP de césariennes, en mai 2013 à partie de la directive qualité du CNGOF [CNGOF. 4 avril 2013].

Modalités de suivi des actions d'amélioration mises en place

- Suivi d'indicateurs
- 2^{ème} revue de pertinence
- Benchmarking

Suivi d'indicateurs (1)

Taux de cézas	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)	2006 (%)	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)
Maternité, puis Estaing	355 (23,7)	338 (25,5)	409 (27,7)	414 (26,1)	409 (24,9)	418 (25,0)	385 (23,1)	732 (22,2)	736 (21,4)	717 (19,6)
Poly	217 (32,0)	230 (24,2)	255 (27,1)	230 (24,3)	241 (25,0)	249 (25,2)	195 (19,2)			
RSPA	19.38	17.25	18.27	18.35	18.16	19.41	19.39	20.17	20,50	18,50
Audipog	18,7	19,0	19,2	18,5	19,6	19,0	-	-	-	-

2^{ème} revue de pertinence

- Une 2^{ème} évaluation a eu lieu le 16 août 2013 au CHU sur 29 dossiers répondant à nos critères d'éligibilité.
- Le taux de césariennes pertinentes s'est amélioré entre les 2 périodes de l'étude.

	CHU avant (n=26 dossiers) %(n)	CHU après (n=29 dossiers) %(n)
Césariennes non pertinentes	19,2 (5)	10,3 (3)
Césariennes de convenance	11,5 (3)	10,3 (3)
Césarienne par choix interne au service	7,7 (2)	0 (0)

Suivi d'indicateurs +/- Benchmarking

**Registres, observatoires..
Maîtrise statistique des processus
en santé**

Suivi d'indicateurs (1)

- **Registres, observatoires, bases de données et APP :**
Pour être reconnue comme une démarche d'APP, le prof doit réaliser une démarche en 4 étapes :
 - S'engager individuellement auprès de la structure prof qui propose le programme
 - Participer au registre, à l'observatoire...: Les données issues de sa pratique sur un thème donné sont enregistrées selon des conditions définies (nbre de cas, items demandés, respect modalités d'inclusion...).
 - Prendre connaissance du retour d'informations qui lui est délivré à intervalles réguliers. Il s'agit des résultats et de l'analyse des données enregistrées et des indicateurs de suivis.

Suivi d'indicateurs (2)

- **Registres, observatoires, bases de données et APP (suite) :**
 - **Mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité de ses pratiques:** participation à des sessions formalisées d'échanges entre professionnels engagés dans le programme avec un expert du thème et la mise en œuvre d'actions préconisées (actualisation de protocoles, de chemins cliniques, etc...).
 - **Dans tous les cas, l'impact sur les pratiques est mesuré et évalué régulièrement** (suivi d'indicateurs, audits, bilan d'activité, enquête, etc.).

Exemple 1

- Suivis d'indicateurs au sein d'un réseau

Episios	2004	2008	2010	2011	2012
1 (II)	41,85%	22,87%	27,74%	32,98	12,16
2 (II)	54,90%	24,30%	21,45%	25,23	19,88
3 (III)	29,05%	19,34%	20,32%	20,37	23,66
4 (I)	43,50%	26,97%	16,06%	10,22	10,95
5 (II)	27,96%	8,3%	9,76%	9,30	9,88
6 (II)	27,20%	18,53%	19,38%	14,54	14,13
7	39,27%	17,93%	fermée	fermée	fermée
8 (II)	42%	22%	14,86%	16,24	16,44
9 (II)	48,53%	27,87%	24,82%	30,46	30,94
10 (I)	28,16%	10,67%	15,07%	28,15	30,10
11 (I)	?	18,77%	17,63%	7,15	7,68

Episiotomies	2004 %	2007 %	2010 %	2011 %	2012 %
RSPA	35,24	20,56	19,42	19,27	17,48
Audipog	41,1	37,1	-	-	

Maternités	Type	Nombre accouchements		Taux de césariennes (n) %	
Césas		2011	2012	2011	2012
1	III	3440	3654	21.4	20
2	II	924	923	<u>22.4</u>	<u>20.7</u>
3	II	2385	2312	<u>23.9</u>	<u>20.0</u>
4	II	1190	1198	17.7	18.8
5	II	1281	1319	15.2	13.3
6	II	1150	1229	20.5	18.1
7	II	1233	1250	18.9	18.2
8	I	720	656	16.5	16.6
9	I	344	349	<u>23.3</u>	<u>20.0</u>
10	I	466	498	22.9	15.7
RSPA	10	13 134	13 388	(n=2694) 20,5	(n=2493) 18.6

Taux de césariennes global au sein du RSPA

Césas	2008 %	2009 %	2010 %	2011 %	2012 %
RSPA	19,4	18,9	19,4	20,5	18,6
AUDIPOG / Inserm	20,4	-	21,0	-	-

Autres méthodes

- Réseaux de santé
- Chemin clinique
- Réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP)
- Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs (« peer review »)
- La visite académique (academic detailing, outreach visit)
- Staff-EPP....

Conclusion

- APP est une démarche simple
- Différente d'une démarche de recherche classique
- = Démarche dynamique dans le temps et non une démarche ponctuelle, statique
- C'est un processus d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients