

INSTITUT APHIF INDUSTRIE

FMC – EPP

Le Guide du Potard

Septembre 2007

La rédaction de cette brochure s'appuie sur les différentes présentations d'experts effectuées durant les réunions de travail de l'Institut APHIF Industrie.

Seule une synthèse est présentée dans ce document. Malgré le soin et l'attention apportés à sa rédaction, nous prions les intervenants de bien vouloir nous excuser d'éventuelles erreurs ou omissions.

INTRODUCTION	5
I. FORMATION CONTINUE	6
1. FMC : Formation Médicale Continue	7
1-1 Définition	7
1-2 Public cible	7
1-3 Organisation et instances	7
1-4 Programmes et types de formation	9
1-5 Validation de l'obligation de FMC	10
1-6 Organismes de formation	12
1-7 Financement	14
2. FPC : Formation Pharmaceutique Continue	15
2-1 Définition	15
2-2 Public cible	15
2-3 Organisation et instances	15
3. EN BREF pour les Pharmaciens Hospitaliers	18
II. EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles	19
GENERALITES	19
1. EPP : MÉTHODOLOGIE	21
1-1 Comment mettre en œuvre une EPP ?	21
1-2 Outils	26
2. EPP : EXEMPLES	45
III. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES	56
1. FORMATION CONTINUE	56
2. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	60
3. CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	63

IV. GLOSSAIRE	66
V. ABRÉVIATIONS	69
VI. FMC & EPP : références bibliographiques et sites utiles	71
VII. REMERCIEMENTS	73

L'évolution des sciences et des techniques, la recherche d'une amélioration constante de la qualité, obligent tous les professionnels de santé à se former régulièrement, tout au long de leur vie professionnelle et à évaluer leurs pratiques.

Les finalités de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et de la Formation Médicale Continue (FMC) rendent ces deux démarches indissociables. Il s'agit d'améliorer le service médical rendu, d'augmenter le niveau de qualité des soins et de sécuriser la prise en charge du patient. Au plan individuel, les personnels médical et pharmaceutique doivent actualiser leurs connaissances.

Les activités essentiellement transversales du pharmacien hospitalier, ajoutées à la multiplicité des acteurs impliqués, conduisent à des EPP collectives et non individuelles. La certification des Etablissements de Santé donne à cette démarche un caractère obligatoire.

Cette brochure est avant tout pratique :

- Description de différentes méthodes et outils d'EPP, étayés par des exemples.
- Présentation des cotations et méthodes d'évaluation de la FMC.

Garder à l'esprit l'équation : **FMC = EPP + PDC** ¹

¹ PDC = Perfectionnement des Connaissances

I. FORMATION CONTINUE

Introduction

La Formation Médicale Continue (FMC), en France, une longue histoire... (Ordonnances Juppé).

L'actualisation des connaissances est, à l'origine, une obligation déontologique (CSP art. R. 4235-11).
Obligation de formation continue, Loi du 4 Mars 2002.

En France, la Formation Pharmaceutique Initiale (FPI) dure le plus souvent entre 6 et 10 ans selon la « spécialisation ». On sait que les connaissances deviennent obsolètes très rapidement. Il est donc indispensable, pour garantir la qualité d'exercice des pharmaciens, d'adhérer à un système de formation continue. Le praticien a toute liberté pour organiser sa formation.

Selon la catégorie des praticiens, il existe 2 types de Formation Continue :

- **FMC : la Formation Médicale Continue** des praticiens hospitaliers concerne les pharmaciens exerçant dans les établissements publics de santé, dans les Hôpitaux des Armées ainsi que dans les établissements privés participant au service public hospitalier.
- **FPC : la Formation Pharmaceutique Continue** s'adresse à l'ensemble des pharmaciens inscrits à l'Ordre exerçant en officine, en biologie, aux grossistes-répartiteurs, aux pharmaciens exerçant en établissement de santé privés ainsi qu'à tous les pharmaciens salariés (Industries de la santé, Institutionnels, CNAM...)

Pour les préparateurs en pharmacies, la loi d'Août 2004, dont tous les décrets d'application ne sont pas parus, prévoit également l'obligation de formation continue.

1-3.1 Niveau national : Conseils Nationaux de FMC (CNFMC)

Créé par l'Ordonnance n° 96-345, le Conseil National de Formation Médicale Continue fut installé en 1997 mais ses premiers travaux n'ont pas eu de suite. La Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 a réaffirmé son utilité en créant, cette fois-ci, **trois Conseils Nationaux** : le **CNFMCL**, le **CNFMCS** et le **CNFMCH**, destinés respectivement aux médecins libéraux, aux médecins salariés non hospitaliers et aux personnels hospitaliers à statut médical. Les pharmaciens hospitaliers dépendent de ce dernier Conseil ; des représentants de chacun de ces Conseils siègent au sein d'un Comité de coordination. L'ensemble de ces instances a été installé par le Ministre chargé de la santé, Jean-François Mattéi, le 10 Février 2004, (parution de l'Arrêté du 26.01.2004) et leurs travaux ont déjà fait l'objet d'un premier rapport publié en Janvier 2005.

Missions des CNFMC

Les trois Conseils Nationaux remplissent les missions suivantes :

1. Définition pour cinq ans, après avis du Comité de Coordination de la Formation Médicale Continue, des orientations nationales de la formation médicale continue et des thèmes prioritaires de santé publique.

Les orientations nationales retenues, pour la première période quinquennale, sont les suivantes :

- Rôle et place des praticiens en situation de crise sanitaire,
- Iatrogénie,
- Prévention vaccinale,
- Prévention et dépistage des cancers,
- Prévention et réduction des risques environnementaux, comportementaux et professionnels.

Un praticien suivant une FMC dans le cadre des orientations nationales quinquennales retenues, bénéficie d'un bonus de 20 % de crédits.

2. Agrément pour 5 ans des organismes qui délivrent des programmes de FMC, sur la base d'un cahier des charges strict. Pour être agréés, les organismes de FMC doivent en faire la demande auprès des CNFMC.

3. Fixation du barème FMC / EPP – crédits.

4. Participation au rapport annuel d'évaluation du dispositif.

1-3.2 Niveau régional : Conseils Régionaux de FMC (CRFMC)

Les Conseils Régionaux de FMC ont été créés par le décret n° 2006-650 du 2 Juin 2006. Leur installation fera l'objet d'un décret d'application à paraître.

Missions des CRFMC

1. Collecte de l'ensemble des justificatifs de formation,
2. Vérification et validation du respect de l'obligation de FMC, tous les 5 ans,
3. Information au CNOP,
4. Rédaction d'un rapport annuel.

Les CRFMC adressent un rapport annuel (orientations régionales et leurs évolutions ; bilan des attestations de validation et refus de délivrance ; bilan du respect de l'obligation des FMC ; éventuellement, propositions d'évolution du système) au Préfet de Région et aux Conseils Nationaux de FMC.

Composition des CRFMC

Chaque CRFMC est composé de 12 membres nommés par le Préfet de Région.

Peuvent être nommés : les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel, les assistants spécialistes et généralistes et les assistants associés, les praticiens attachés et attachés associés, les praticiens contractuels.

Chaque CRFMC comprend :

- 3 membres désignés par le CNFMCL,
- 3 membres désignés par le CNFMCS,
- 3 membres désignés par le CNFMCH,
- 3 membres désignés par le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM).

1-3.3 Niveau institutionnel : Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Rappelons que, si la formation continue est évaluée individuellement, elle reste du domaine de compétence de la CME (Voir chapitre « Réglementation »).

1-4 Programmes et types de formation

Les programmes de FMC sont jugés sur leurs qualités scientifiques et pédagogiques et leur conformité aux bonnes pratiques de la profession.

Quatre grands types de formations, répartis en **trois** catégories, sont définis par les textes :

Formations présentielles : Le pharmacien doit assister personnellement à ces formations et doit conserver les justificatifs.

- Diplômantes : DUs, DIU (FMC des Universités de Santé), ainsi que d'autres formations diplômantes proposées par des organismes agréés.

- Non diplômantes : (congrès, colloques, journées d'étude) proposées par des organismes agréés soutenus par des partenaires tels que l'industrie pharmaceutique, l'Afssaps...

Formations individuelles et à distance : ces formations peuvent utiliser soit un support matériel, soit un support électronique, réparties en 2 catégories.

- Abonnement ou sites : achat à titre personnel d'ouvrage ou abonnement (à titre individuel) à une revue médicale ou pharmaceutique à comité de lecture,
- Net- FMC : cf. présentiels (CD-ROMS avec tests, sites Web agréés, télémédecine,...).

Ensemble de la catégorie 3 :

- Engagement dans le domaine de formation – recherche : formateur FMI/FMC, référentiels, publications,...
- Actions de santé publique et communautaire : prévention et dépistage, réseaux de soins ou de santé, URML, MIGAC.

1-5 Validation de l'obligation de FMC

Quand démarre la première période de cinq ans ?

Le décret 2006-650 précise dans son article 3 :

« La première période maximale de cinq ans mentionnée à l'article R. 4133-16 du Code de la santé publique court, pour les praticiens déjà en exercice à cette date, à compter de la date d'installation du Conseil Régional de la Formation Médicale continue dont ils dépendent au titre de leur activité principale et pour les praticiens débutant leur activité à une date postérieure, à compter de la date du début de leur activité.

Les praticiens ayant suivi des formations préalablement à la date d'installation du Conseil Régional dont ils dépendent peuvent, dès cette même date, déposer leur dossier auprès du Conseil Régional en vue de la validation de leur obligation de formation continue au titre de la première période de cinq ans ». Les modalités pratiques seront définies dans le prochain décret à paraître.

Barème

L'Arrêté du 13 Juillet 2006 précise le barème qui sera appliqué par les CRFMC pour valider les dossiers individuels qui leur seront transmis par les professionnels de santé.

Les règles suivies par les Conseils Régionaux pour valider le respect de l'obligation de Formation Médicale Continue sont résumées dans le tableau suivant :

<i>Catégorie</i>	<i>Descriptif</i>	<i>Barème pour 5 ans</i>	<i>Commentaires</i>
Catégorie 1 <i>Formations présentielles</i>	Présence du praticien sur le lieu de formation.	1 journée = 8 crédits. 1 demi-journée ou 1 soirée = 4 crédits.	Attestation délivrée par un organisme agréé public ou privé.
Catégorie 2 <i>Formations individuelles et à distance</i>	Abonnements à des périodiques, ouvrages médicaux.	10 crédits (2 crédits/an sur 5 ans). 40 crédits maximum (si périodiques de formation répond aux critères de qualité des CNFMC).	Justificatif d'abonnement, factures,...
Supports matériels ou électroniques.	E-formation sur sites agréés, enseignements virtuels contrôlés.	Analogie à la catégorie 1.	Attestation de l'organisme agréé.
Catégorie 3 <i>Engagement dans le domaine de la formation</i>	<i>Groupe 1</i> : formation professionnelle des salariés hospitaliers et non hospitaliers, staffs protocolisés. <i>Groupe 2</i> : missions d'intérêt général au service de la qualité, de l'organisation des soins et de la prévention, y compris électives, dans le cadre de structures organisées. <i>Groupe 3</i> : activités de formateurs et de participation à des jurys dans le champ de la santé. <i>Groupe 4</i> : réalisation effective de travaux de recherche et de publications personnelles, dans le champ de la santé. (*)	Au prorata du temps passé selon les valeurs de la cat. 1, dans la limite de 50 crédits par groupe. Sans dépasser 100 crédits pour 5 ans au titre de la catégorie 3.	Attestation du Collège, de l'association de FMC, du groupe de recherche...
Catégorie 4 <i>Procédures d'EPP</i>	Dans les conditions définies par la Haute Autorité de Santé.	Forfait de 100 crédits pour 5 ans après avoir satisfait à cette obligation.	Certificat délivré par une URLM ou un organisme agréé.

Dispositions particulières : (*) La participation à des études et enquêtes sur des produits de santé, notamment les études de phase IV, n'est pas éligible au titre de la FMC.

Le nombre de crédits nécessaires pour satisfaire à l'obligation de formation continue est de 250 crédits répartis comme suit :

- 150 crédits dans au moins deux des catégories 1 à 3 pour la FMC,
- 100 crédits dans la catégorie 4 plus spécifique de l'EPP.

Par exemple : un praticien participant à 3 journées de formation/an, s'abonnant à 1 revue périodique/an et participant à 1 réseau aura validé ses crédits de FMC sur les cinq ans.

1- 6 Les organismes de formation

- Les programmes de FMC sont jugés sur leurs qualités scientifiques et pédagogiques et leur conformité aux bonnes pratiques de la profession.
- Les programmes sont « validants » (crédits) lorsqu'ils sont mis en œuvre par un organisme agréé.
- Le CNFMC a donc rédigé le cahier des charges pour l'agrément et le barème des crédits de formation disponible sur le site : www.cnfmc.fr.

Quels sont les critères à respecter pour les programmes de FMC ?

- Qualité scientifique et pédagogique des programmes proposés,
- Absence de toute promotion en faveur d'un produit de santé,
- Utilisation de la DCI des médicaments,
- Respect d'une exhaustivité scientifique et une indépendance éditoriale,
- Transparence des financements clairement définis, conflits d'intérêt clairement mentionnés,
- Respect des orientations nationales définies par le Conseil National,
- Evaluation de la formation par les participants concernant aussi bien le contenu de la formation que la pertinence de la pédagogie,
- Formateurs compétents, qualifiés et disponibles,
- Remise d'un justificatif au professionnel de santé par l'organisme agréé.

Comment devenir **organisme agréé** ?

En Décembre 2006, l'agrément des organismes de FMC est lancé : tout organisme de droit public ou privé à caractère lucratif ou non, répondant aux critères ci-dessus, peut demander son agrément par les CNFMC.

Dans un souci d'équité, les Conseils Nationaux de Formation Médicale Continue (CNFMC) ont adopté, lors de leur dernière session, une grille d'évaluation des demandes d'agrément. Cet outil se compose de huit items qui permettront de valider ou rejeter une demande.

L'objectif est que les organismes puissent remplir un nouveau dossier, en tenant compte de ces recommandations.

La grille d'évaluation est téléchargeable sur le site www.cnfmc.fr, avec les dossiers de demande d'agrément.

*Comment obtenir **le dossier de demande d'agrément** ?*

Le dossier de demande d'agrément n'a pas de date de limitation.

Le dossier d'agrément peut être téléchargé sur le site www.cnfmc.fr ; une fois le dossier complété, il faut l'imprimer et retourner un exemplaire, par courrier recommandé avec accusé de réception, de toutes les pièces justificatives demandées, à l'adresse suivante :

Conseils Nationaux de FMC
64, rue de la Glacière
75013 PARIS

Envoyer également le dossier par mail à l'adresse suivante : agrement@cnfmc.fr

*Que comporte **le dossier d'obtention des agréments** ?*

Documents nécessaires :

- Statuts juridiques de l'organisme,
- Récépissé d'enregistrement des statuts,
- Copie du JO (publication des statuts),
- Liste des sources de financement,
- Bilans pédagogiques et financiers des 3 dernières années,
- Budget prévisionnel,
- CV des Membres du Bureau, de la Direction, des Responsables Scientifiques...,
- Déclaration sur l'honneur... obligations fiscales,
- Fiche d'identité de l'organisme destinée à être publiée dans l'annuaire des organismes agréés sur le portail de la FC des professionnels de santé.

☞ La liste des organismes agréés est disponible sur le site des CNFMC (www.cnfmc.fr).

Concernant les industriels de santé

Une FMC organisée par un organisme agréé en partenariat avec des Entreprises de Santé doit répondre au **Code de bonnes pratiques** cosigné par le LEEM et le Ministère de la Santé :

- Garantie par les industriels de la Santé, aux organismes de formation agréés, d'un strict respect de leur indépendance scientifique et pédagogique,
- Transparence du financement, gestion des conflits d'intérêts,
- Evaluation de la formation par les participants.

Une évaluation du présent Code sera effectuée par les parties signataires à l'issue d'un délai de 2 ans, puis tous les 2 ans, à compter de sa mise en application sur la base des rapports des organismes agréés et de ceux du CNFMC. Au vue de cette évaluation, le cas échéant, le présent Code pourra faire l'objet de modifications.

1- 7 Financement

Dans les Etablissements de Santé, le financement de la formation continue est prévu à hauteur de 0,5% pour un CHU et 0,75% pour un CHG de la masse salariale médicale brute (Loi du 10 Juillet 1989). Pour exemple, le taux moyen de financement à l'AP-HP se situe autour de 0,4 % pour les médecins.

- Sources de financement diverses : hôpital, université, association, industrie pharmaceutique, financement individuel.
- Disposition réglementaire pour l'hôpital :
 - droit à congés de formation annuel (selon le statut), par exemple, pour un praticien plein temps : 15 jours ouvrables, cumulables sur 2 ans et rémunérés par l'établissement hospitalier.

Le financement par l'industrie pharmaceutique peut être envisagé sous réserve de transparence totale et à condition que le contenu soit soumis au Code des bonnes pratiques (disponible sur le site des CNFMC).

2. FPC : Formation Pharmaceutique Continue

2-1 Définition

La Formation Pharmaceutique Continue a été instaurée par l'intermédiaire du Haut Comité de la Formation Pharmaceutique Continue en 1992. Elle répond à l'Article R. 4235-11 du Code de Déontologie des pharmaciens rappelant le devoir qu'ont les pharmaciens d'actualiser leurs connaissances.

Cette FPC a été créée par la Loi du 9 Août 2004 et précisée dans son décret d'application n° 2006-651 du 2 Juin 2006 (Journal Officiel du 3 Juin 2006).

2-2 Public cible

Tous les pharmaciens libéraux et salariés (officine, biologie, grossistes-répartiteurs, industries de santé, établissements de santé privés...) régulièrement inscrits à l'Ordre, en métropole et dans les départements d'Outre-Mer, sont concernés par la formation pharmaceutique continue.

2-3 Organisation et Instances

Le décret n° 2006-651 du 2 Juin 2006 fixe la composition et le fonctionnement du Conseil National de Formation Pharmaceutique Continue (CNFPC) et des Conseils Régionaux et Interrégionaux.

2-3.1 Conseil National de Formation Pharmaceutique Continue (CNFPC)

Composition

Le CNFPC une fois installé, sera composé de 31 membres, nommés par Arrêté du Ministre de la Santé, pour une période de 5 ans, renouvelable une seule fois.

Ce Conseil comprend :

- 8 pharmaciens représentant l'Ordre des pharmaciens (dont 2 pour la section A et un pour chacune des autres sections),
- 2 représentants titulaires enseignants des UFR de pharmacie et 4 suppléants,
- 3 pharmaciens représentants des organisations syndicales des titulaires d'officines,
- 1 pharmacien représentant des organisations syndicales des établissements de santé,
- 2 pharmaciens représentants des organisations syndicales des établissements de distribution en gros des médicaments,
- 1 pharmacien représentant des organisations syndicales des pharmaciens des établissements privés ne participant pas au service public hospitalier,

- 2 pharmaciens représentants des organisations syndicales des pharmaciens exerçant en laboratoire de biologie médicale,
- 5 pharmaciens représentants des organisations syndicales des pharmaciens salariés,
- 3 représentants des organismes de formation,
- 2 personnalités qualifiées dans le domaine de la santé publique et un représentant des usagers,
- 1 représentant du Ministre chargé de la Santé,
- 1 représentant du Ministre chargé de l'Enseignement Supérieur.

Organisation du CNFPC en 3 sections dépendant du CNOP

Section « Dispensation »

Compétente pour les pharmaciens inscrits en section A, D, H (à l'exception des pharmaciens des établissements de santé publics ou participant au service public hospitalier) et E, ayant les mêmes modes d'exercice.

Section « Biologie »

Compétente pour les pharmaciens inscrits en section G et E, ayant les mêmes modes d'exercice.

Section « Industrie et Distribution en gros »

Compétente pour les pharmaciens inscrits en section B, C et E, ayant les mêmes modes d'exercice.

Le règlement intérieur du CNFPC déterminera la composition et le fonctionnement de ces 3 sections.

Missions du CNFPC

Elles sont détaillées dans le décret du 2 Juin 2006 et proches de celles des CNFMC (cf. ci-dessus).

- Définition des orientations nationales de la formation pharmaceutique continue et des thèmes prioritaires de formation, pour une période de 5 ans,
- Détermination des règles de validation de l'obligation de formation continue, règles qui devront être homologuées par Arrêté du Ministre chargé de la Santé,
- Agrément des organismes de formation continue, sur la base d'un cahier des charges élaboré par le CNFPC.

Pour chaque formation suivie, l'organisme agréé délivrera un justificatif au pharmacien. Les justificatifs devront être conservés par le pharmacien pendant 5 ans, regroupés dans un dossier qui sera envoyé aux Conseils Régionaux ou Interrégionaux, pour validation.

Fonctionnement du CNFPC

Il est identique à celui des CNFMC (cf. ci-dessus).

2-3.2 Les Conseils Régionaux et Interrégionaux de Formation Pharmaceutique Continue (CR/IFPC)

La liste des Conseils Régionaux (CR) est fixée par Arrêté du Ministre chargé de la Santé.

Le Préfet de Région, compétent pour l'organisation et le fonctionnement des CR / IFPC, est celui de la région qui comporte le plus grand nombre de pharmaciens inscrits à l'Ordre.

Composition des CR / IFPC

Les CR / IFPC sont composés de 9 membres nommés pour 5 ans, renouvelable une fois :

- 3 membres nommés sur proposition du CNOP,
- 6 membres nommés sur proposition du CNFPC.

Missions des CR / IFPC

Elles sont identiques à celles des CRFMC (cf. ci-dessus).

Organisation et fonctionnement des CR / IFPC

Ils sont identiques à ceux des CRFMC (cf. ci-dessus).

3. EN BREF pour les Pharmaciens Hospitaliers

D'après Dominique Bertrand (Président du Conseil National de la FMC des Hospitaliers).

Quand

A dater de la mise en place des CRFMC, la Formation Médicale Continue (FMC) devient obligatoire. Chaque praticien devra constituer un dossier personnel, dans les 5 ans, pour en apporter la preuve, dossier qui sera soumis individuellement au CRFMC des hospitaliers pour transmission au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens.

Qui

Tous les pharmaciens hospitaliers sont concernés, des chefs de services aux attachés...

Quoi

Le CN de la FMC a défini les éléments de la formation continue obligatoire en quatre catégories qui « rapportent » chacune des crédits :

- catégorie 1 = Formations présentielles,
- catégorie 2 = Lecture et abonnements + Net – formation,
- catégorie 3 = Activités d'intérêt collectif.

150 crédits doivent être obtenus parmi ces 3 catégories.

- catégorie 4 (100 crédits) = Evaluation des pratiques professionnelles (EPP). Ce groupe fait partie intégrante de la FMC pour les médecins. Les pharmaciens n'y sont pas encore soumis individuellement mais le sont collectivement dans le cadre de la certification des établissements de santé.

Comment

Pour beaucoup de praticiens hospitaliers, il suffira de collecter un certain nombre de documents.

D'ores et déjà, il faut que chacun conserve toutes les attestations de formation continue : congrès, diplômes d'Université, stages divers, implication dans le processus d'accréditation et du développement de la qualité.

La FMC obligatoire est une démarche individuelle, une prise de conscience des buts à atteindre, une amélioration du propre parcours de chacun, tout en partageant les expériences. Ces démarches individuelles s'inscrivent dans un but collectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité au service du patient.

Un portail de la Formation Continue des Professionnels de Santé (**FCPS**) permettra, dès 2008, aux praticiens d'accéder à leur dossier personnel et notamment au détail des crédits accumulés tout au long de la période quinquennale en cours.

II. EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

Généralités

« L'EPP consiste en 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 des pratiques ». *Art. 14 – décret n° 2005-346 du 14 avril 2005.*

Le dispositif de l'évaluation des pratiques professionnelles est un enjeu majeur pour tout professionnel de santé et aussi pour les patients. Il est aujourd'hui inconcevable de confier sa santé et sa vie à des professionnels qui ne mettraient pas tout en œuvre pour améliorer leurs pratiques. Dans cette perspective, l'EPP est devenue incontournable et inévitable.

L'EPP permet d'inscrire la FMC dans l'exercice au quotidien : avant une formation il est toujours utile pour le professionnel de santé d'aller repérer dans ses propres dossiers quelques indicateurs lui permettant d'avoir conscience de ses pratiques effectives, afin d'en discuter avec ses confrères et si besoin, de s'améliorer.

« L'EPP 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... L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue ».

L'EPP est le complément incontournable de la FMC dont elle mesure l'impact et elle doit naturellement contribuer à en améliorer la pertinence et donc l'efficacité.

Les Pouvoirs Publics et la Haute Autorité de Santé ont défini des critères qui pour l'heure restent relativement modestes : il s'agit de mettre en œuvre une démarche comparative de ses pratiques, par rapport aux référentiels existants, au moins une fois par an.

Les modalités de mise en œuvre peuvent être nombreuses et diversifiées et sont fonction des différentes visions de la qualité des soins et des différents éléments de sa définition. La notion de qualité reste encore sous l'emprise de sens multiple en fonction de la position de celui qui la définit dans le secteur de la santé : professionnel, usager, gestionnaire.

Ainsi, on peut distinguer :

- La qualité voulue par les professionnels : les modèles d'évaluation reposent sur l'auto-analyse de sa pratique (audit ciblé ; suivi de l'amélioration). Les indicateurs à suivre sont des indicateurs de processus (comparaison à des référentiels et recommandations) et des indicateurs de résultats (évaluation de l'impact de la pratique sur la santé des patients).

- La qualité ressentie par l'utilisateur consommateur : démarche d'audits, d'enquêtes de satisfaction, chemin clinique.

Outre l'audit clinique, les méthodes pouvant analyser sa pratique sont multiples : par comparaison, par processus, par problème ou par indicateur.

1. EPP : MÉTHODOLOGIE

1-1 Comment mettre en œuvre une EPP ?

Les EPP collectives menées dans le cadre de la certification V2 de l'établissement s'inscrivent dans la démarche qualité globale de celui-ci. Le déroulement d'une démarche d'EPP se décompose en 4 grandes phases : préparation de la démarche, déroulement de l'étude, analyse des résultats et élaboration et mise en œuvre d'un plan d'actions d'amélioration et de suivi. Le succès d'une telle démarche réside tant dans le respect de ces phases que dans la maîtrise des méthodes et outils propre à celle-ci.

Phase I : préparation de la démarche d'EPP

☛ Etape 1 : choix du thème

Les EPP sont à mener en priorité sur des pratiques dont la **fréquence** est **élevée**, pour lesquelles il existe des **recommandations** et la **marge d'amélioration** en terme de qualité de soins et de coût de la non qualité est importante. Le choix du thème doit être justifié par un constat ou une suspicion de **déficience de la situation actuelle**.

Chaque service de l'établissement identifie en fonction de ces critères un ou plusieurs thèmes d'EPP pour l'année. Les pharmaciens peuvent proposer des **thèmes spécifiques à la pharmacie** (exemples : gestion des stocks à la pharmacie, processus de stérilisation, analyse pharmaceutique de l'ordonnance...) et à ce titre, leurs pratiques sont évaluées dans une perspective d'amélioration. Mais ils peuvent aussi participer avec des cliniciens à des **évaluations des pratiques de prescriptions** (antibioprophylaxie péri-opératoire, pertinence du choix de la voie IV lors de la prescription d'un IPP...).

Afin d'assurer une cohérence du calendrier des EPP à mettre en œuvre au sein de l'établissement et de mobiliser les praticiens, il est nécessaire que les **thèmes d'EPP** envisagés par la pharmacie soient **validés par la sous-commission EPP** de la CME ou en l'absence de celle-ci, par l'instance en charge de la coordination des actions d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins.

☛ Etape 2 : identification des professionnels impliqués et constitution du groupe projet

En fonction du thème choisi, il est indispensable de définir précisément les professionnels qui seront impliqués dans la conduite de l'étude constituant le **groupe projet** et ceux dont la pratique sera évaluée.

Les **missions** du groupe projet sont multiples. Il doit notamment :

- Valider le choix de l'outil,
- Formaliser les modalités d'évaluation (recueil, analyse ...),

- Assurer la communication à chaque étape du projet, à l'ensemble des personnes concernées par l'évaluation,
- Réaliser l'étude et l'analyse,
- Proposer des actions d'amélioration,
- Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions et son efficacité.

Les **principes de fonctionnement** du groupe projet doivent être définis avant le lancement du projet. A titre indicatif, les principes suivants peuvent être suivis par le groupe projet :

Nommer, en son sein, un chef de projet chargé d'assurer la conduite du projet et notamment :

- Définir les ordres du jour précis de chaque réunion du groupe projet,
- Veiller à la gestion du temps : planning de travail de l'équipe, respect du calendrier prévu, travail entre les réunions...,
- Animer les réunions,
- Assurer l'interface avec le Comité de Pilotage en charge de la démarche de certification de l'établissement,
- Inviter à l'une de ces réunions une personne «ressource», sur un point abordé, non représentée dans le groupe.

☛ Etape 3 : détermination de l'objectif et choix de l'outil

Le choix de l'**outil** à mettre en œuvre dépend essentiellement de l'**objectif** recherché lors de la démarche d'amélioration. La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini, en fonction de l'objectif à atteindre, différentes approches possibles et les outils utilisables correspondants (cf. Tableau 1).

Les différentes méthodes reposent sur des approches par :

- **Comparaison** à un référentiel, existant, consensuel ou reconnu.
- Analyse d'un **processus**. Il s'agit, en général, de la méthode retenue dans le premier temps d'une évaluation.
- **Problème** : il s'agit d'analyser les dysfonctionnements qui sont à l'origine d'un problème.
- **Indicateur (s)**.

OBJECTIFS	APPROCHES	OUTILS ¹
<i>Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art.</i>	Approche par comparaison à un référentiel.	Audit clinique. Audit clinique ciblé. Revue de pertinence. Enquête de pratique.
<i>Optimiser ou améliorer la prise en charge ou un processus donné.</i> <i>Maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité.</i>	Approche par processus.	Analyse de processus. Chemin clinique. Analyses des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC).
<i>Traiter un dysfonctionnement.</i> <i>Analyser et traiter un évènement indésirable.</i>	Approche par problème.	Méthode de résolution de problème. Analyse des processus. Revue de morbi-mortalité. Méthodes d'analyse des causes.
<i>Surveiller un problème important et agir en fonction du résultat.</i>	Approche par indicateur.	Mise en place et analyse d'indicateurs. Maîtrise statistique des processus.

Tableau 1 : Approches et outils à privilégier en fonction de l'objectif d'une EPP.

Par ailleurs, pour chaque référence EPP du manuel de certification de l'HAS, on peut recommander l'utilisation de méthodes spécifiques :

- Pour l'évaluation de la **pertinence**, on choisit la revue de pertinence, l'audit clinique ou l'audit clinique ciblé,

¹ Chacun des outils est présenté dans le chapitre suivant.

- Pour l'évaluation **a priori du risque lié aux soins**, on réalise un audit clinique ou organisationnel ou une analyse de processus,
- Pour l'évaluation **a posteriori du risque lié aux soins**, on procède à une revue de morbi-mortalité ou une analyse des causes,
- Pour l'évaluation de la **prise en charge**, on choisit l'audit clinique, l'analyse de processus ou le chemin clinique.

☛ Etape 4 : identification et prise en compte des recommandations de pratiques pertinentes

Quelle que soit la méthodologie choisie, une recherche des textes de références sur le thème de l'EPP doit être réalisée.

☛ Etape 5 : Précision de la méthodologie² et du calendrier de la démarche

En fonction de la méthode d'évaluation choisie, certains éléments méthodologiques doivent être précisés. Ainsi par exemple, pour réaliser une revue de pertinence, on définit :

- Le nombre de dossiers analysé,
- La période d'étude,
- Les critères d'inclusion (population, secteurs d'activité...),
- Les critères de pertinence (critères médicaux, paramédicaux, état du patient...).

Par ailleurs, quelle que soit la méthodologie choisie, il est indispensable de déterminer précisément le calendrier du projet : date de présentation de la démarche aux équipes concernées, dates du début et de fin de l'étude, de l'analyse des données et de l'élaboration du plan d'actions.

Phase II : déroulement de l'étude conformément au plan préparé

La réussite de cette phase passe, notamment, par une appropriation du dispositif par les équipes concernées par l'évaluation. Dans cette perspective, avant le déroulement de l'étude, il est nécessaire de leur présenter les principaux éléments de la démarche : justification du thème, objectifs, méthodologie, composition du groupe projet et calendrier détaillé.

Phase III : analyse des résultats et synthèse

A la fin de cette phase, il est recommandé de restituer les résultats aux équipes concernées.

² Voir chapitre « OUTILS ».

Phase IV : élaboration du plan d'actions d'amélioration et de suivi

Chaque action doit être déclinée ainsi :

- Intitulé précis de l'action,
- Acteurs : lister l'ensemble des personnes qui devront être mobilisées pour la réalisation de l'action en précisant leurs rôles respectifs,
- Résultats concrets attendus : expliciter les résultats concrets et pratiques visés par l'action,
- Moyens nécessaires (humains, locaux, équipements),
- Date de début et de fin de réalisation de l'action,
- Modalités d'évaluation : expliciter les modalités d'évaluation des résultats attendus, définir le (s) indicateur (s) de réalisation et de performance qui seront employés et les sources d'informations permettant de les renseigner.

1-2 EPP : OUTILS

Si l'évaluation des pratiques professionnelles a pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, le choix de l'outil à mettre en œuvre dépend essentiellement de l'objectif recherché lors de cette démarche d'amélioration.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini, en fonction de l'objectif à atteindre, différentes approches possibles et les outils utilisables correspondants (Tableau 1 - Chapitre 1-1, Etape 3). Les différentes méthodes reposent sur des approches par :

- **Comparaison à un référentiel**, existant, consensuel ou reconnu,
- **Analyse d'un processus** : il s'agit, en général, de la méthode retenue dans le premier temps d'une évaluation,
- **Problème** : il s'agit d'analyser les dysfonctionnements qui sont à l'origine d'un problème,
- **Indicateur (s)**

1- Outils pour une approche par comparaison à un référentiel

L'approche par comparaison à un référentiel permet de confronter une pratique professionnelle à un référentiel établi à partir de recommandations professionnelles, comme les conférences de consensus. Ceci implique l'existence d'un référentiel. Si ce référentiel n'existe pas, les données de la littérature et l'implication de professionnels, possédant une expertise dans le domaine, permettront d'élaborer ce référentiel.

☛ 1-1 **Audit clinique et audit clinique ciblé**

Définition

L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer. L'audit clinique est la méthode la plus utilisée pour évaluer une pratique professionnelle.

Concernant l'Audit Clinique Ciblé (ACC), il constitue une méthode d'audit clinique simplifiée.

Objectif

L'objectif de l'audit clinique et de l'audit clinique ciblé est de comparer une pratique aux recommandations d'un référentiel, d'en mesurer les écarts, de mettre en œuvre, au besoin, des mesures correctives et d'évaluer l'impact de ces mesures. L'objectif final est d'améliorer les pratiques et non pas d'évaluer les personnes.

Champ d'application

Le champ d'application est très large puisqu'il peut concerner une pratique clinique dans son ensemble, un segment d'un processus, un acte lié à un métier, mais aussi des aspects organisationnels (Tableau 2).

Champ application	Audit clinique	Audit clinique ciblé
<i>Pratique clinique.</i>	Prise en charge d'un syndrome coronarien aigu.	
<i>Segment d'un processus de prise en charge.</i>		Imagerie dans la prise en charge aux urgences.
<i>Acte lié à un métier.</i>	Qualité de pose des sondes urinaires.	
<i>Acte lié à un métier.</i>		Pertinence de la prescription des AVK dans le syndrome coronarien.
<i>Tracer la prise en charge d'un patient.</i>	Evaluation de la tenue du dossier patient.	
<i>Thème transversal.</i>		Qualité et traçabilité de la réflexion bénéfique/risque dans le dossier patient.
<i>Aspect organisationnel.</i>	Gestion de situation identifiée comme l'accueil aux urgences.	Organisation et ressources au niveau de l'institution pour la prise en charge des urgences psychiatriques dans le service d'urgence d'un CH.

Tableau 2 : Exemples de thèmes pouvant constituer un audit clinique ou un audit clinique ciblé.

En pratique

Le déroulement de l'audit clinique et de l'audit clinique ciblé implique de :

- **Choisir un thème**, en fonction de la fréquence, du risque encouru ou du potentiel d'amélioration,
- **Etablir la grille de critères**, en fonction de recommandations de bonne pratique ; il peut s'agir d'une grille «oui/non» ou d'une grille de cotations, permettant d'établir un score,
- **Choisir la méthode de mesure** : il s'agit d'un recueil rétrospectif pour la première évaluation de données cliniques et prospectif lors d'une seconde évaluation ou transversal pour le domaine organisationnel,
- **Choisir la source des données** (exemple : dossier patient),
- **Choisir la taille de l'échantillon** (exemple : nombre de dossiers à évaluer),
- **Choisir la période d'évaluation**, en fonction du mode de recueil des données (étude en consécutif si recueil en prospectif, étude en moments successifs si recueil en rétrospectif),
- **Recueillir les données**,
- **Analyser les résultats**, en calculant les écarts et en recherchant les causes de ces écarts,
- **Etablir et mettre en œuvre un plan d'action**,
- **Réévaluer**.

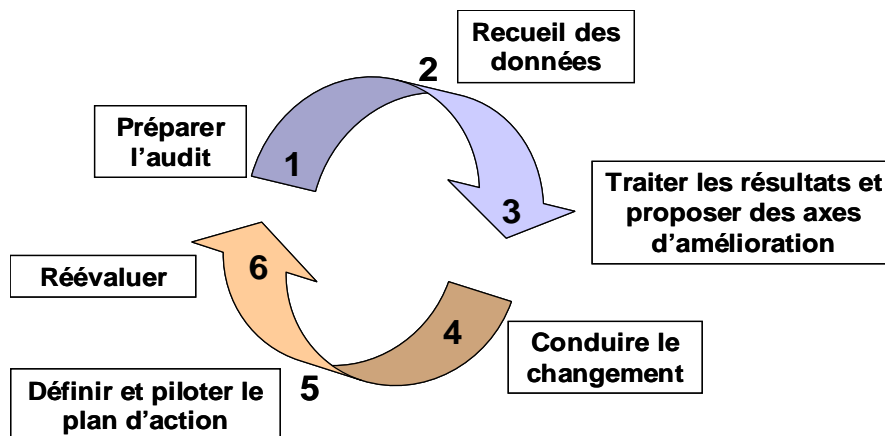


Figure 1 : Schéma de l'audit clinique ciblé

Pour chaque audit clinique, le référentiel ou grille de critères est choisi en fonction des recommandations professionnelles. L'audit clinique ciblé ne prend en compte que les critères à haut niveau de preuve, ce qui implique un nombre de paramètres réduit. Lors de chaque évaluation, l'ensemble des critères est renseigné. Suite à l'analyse des résultats, des mesures correctives sont proposées. Après leur diffusion auprès des équipes concernées, elles seront réévaluées.

Avantages et limites

Ces deux méthodes : audit clinique et audit clinique ciblé présentent l'avantage d'être facile à appréhender. Elles permettent de comparer les pratiques d'un service ou d'un groupe de professionnels aux recommandations de bonnes pratiques établies par les professionnels directement impliqués. Elles mettent en évidence les écarts entre la pratique attendue et ce qui est réellement fait.

La méthode de l'audit clinique ciblée, en ne tenant compte que d'un nombre limité de critères, permet sa réalisation en 6 mois. Ceci favorise son acceptation et l'amélioration rapide de la qualité. Par ailleurs, elle permet d'obtenir une meilleure lisibilité des points à améliorer. La mise en place d'actions correctrices est donc facilitée. Ceci n'est pas toujours le cas de l'audit clinique qui nécessite parfois le recours à des outils complémentaires pour décider des mesures correctives.

Le principal inconvénient de l'audit clinique ou de l'audit clinique ciblé est la nécessité de constituer un référentiel lorsque celui-ci n'est pas disponible.

☛1-2 Revue de pertinence des soins

Définition

La revue de pertinence de soins est une méthode d'évaluation qui permet, à partir d'une grille de critères choisis et organisés en logigramme, d'évaluer et d'améliorer les soins reçus par un patient à l'hôpital.

Objectif

La revue de pertinence des soins a pour objectif d'évaluer l'adéquation entre les soins reçus par un patient et les besoins de ce patient. Elle évalue le caractère approprié des soins dispensés.

Champ d'application

La revue de pertinence de soins s'intéresse à la prise en charge d'un patient et peut concerner une hospitalisation, une journée d'hospitalisation, une sortie ou une séquence de soins.

En pratique

Le déroulement de l'audit clinique et de l'audit clinique ciblé implique de :

- **Choisir un thème**, en fonction de la fréquence, du potentiel d'amélioration,
- **Etablir le logigramme de critères** : il est constitué de plusieurs critères hiérarchisés, chacun des critères permettant d'apprécier le caractère justifié ou non d'un soin. Les critères retenus peuvent varier en fonction de la discipline. Cette grille sera testée sur quelques cas avant d'être généralisée à l'ensemble de la discipline. Bien que le logigramme soit composé de plusieurs critères, l'évaluation s'arrête dès que la séquence des soins est jugée pertinente.

Ainsi, si nous considérons le logigramme qui peut être dressé pour évaluer la pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation (Figure 2), si l'admission est jugée pertinente dès le premier critère, l'évaluation prend fin sans que les autres critères ne soient évalués,

- **Recueillir les données** : une grille sera remplie chaque jour pour chaque patient par un évaluateur extérieur au service (par exemple, le matin au cours des transmissions),
- **Analyser les résultats** : L'application d'une grille présentée en Figure 2 a permis d'observer qu'environ un tiers des admissions à l'hôpital sont non justifiées ou non pertinentes (conférence de M. le Docteur Patrick NACHIN, Directeur RéQua, le 20 mars 2007, institut APHIF). Les deux principales causes de ce niveau de dysfonctionnement seraient des décisions inadéquates des professionnels de santé et un défaut de l'organisation extra-hospitalière (manque de structure d'accueil). Les causes sont regroupées en 4 catégories : liées au médecin ou au soignant, liées à l'ETS, liées au patient, liées à l'environnement extra-hospitalier.
- **Diffuser les résultats**,
- **Présenter ces résultats** aux instances compétentes afin de décider d'actions correctrices opportunes.

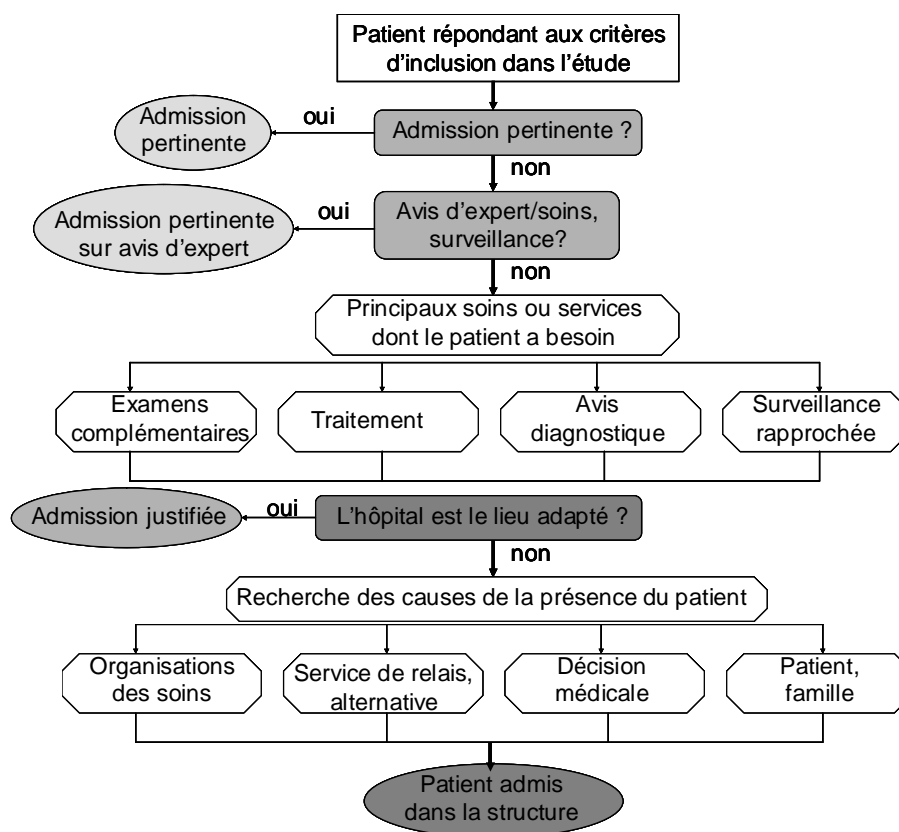


Figure 2 : Exemple de logigramme établi pour évaluer la pertinence des hospitalisations (d'après M. le Docteur Patrick NACHIN, Directeur RéQua)

L'ensemble des étapes d'une démarche basée sur la revue de pertinence de soins est résumé en Figure 3.

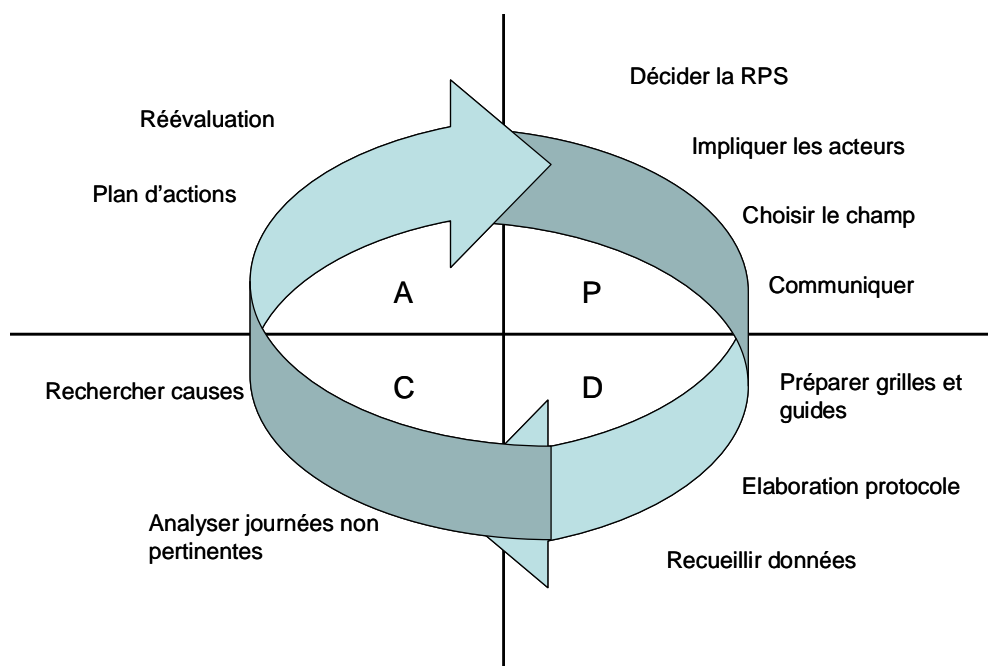


Figure 3 : Schéma de la revue de pertinence de soins

Avantages et limites

Cet outil permet d'identifier des déficits organisationnels internes à l'établissement et/ou externes (exemple : manque de structure d'accueil en aval de l'établissement). La correction de ces déficits doit permettre d'améliorer l'utilisation des ressources et par conséquent d'améliorer l'efficacité des soins.

Il peut être nécessaire d'adapter une grille de pertinence déjà existante, voire d'en constituer une nouvelle lorsque le soin évalué concerne une spécialité particulière (cas de la pédiatrie ou de la psychiatrie).

1-3 Enquête de pratiques

Définition

Tout comme l'audit clinique, l'enquête de pratique est une méthode d'évaluation qui permet de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer. Ce qui différencie l'enquête de pratique de l'audit clinique, c'est le mode de recueil des données puisque ce recueil est réalisé sur le mode déclaratif.

Objectif

Les enquêtes de pratiques ont pour objectif de décrire une pratique à un moment donné, dans une situation clinique déterminée et de la comparer à une pratique attendue. La mesure des écarts et la mise en place de mesures correctives doivent conduire à une amélioration de la qualité.

Champ d'application

L'enquête de pratiques est particulièrement adaptée à l'évaluation d'un acte technique ou d'un acte codifié légalement opposable (exemples : enquête de bonnes pratiques en sécurité transfusionnelle, en consultation anesthésique).

En pratique

Le déroulement d'une enquête de pratique implique de :

- **Choisir un thème**, en fonction de la fréquence, du potentiel d'amélioration,
- **Faire un état des lieux** des pratiques,
- **Etablir la grille de critères**, en fonction de recommandations de bonne pratique ; il peut s'agir d'une grille «oui/non» ou d'une grille de cotations, permettant d'établir un score,
- **Choisir le mode de recueil des données**, celui pouvant être effectué de façon prospective ou rétrospective,
- **Recueillir les données**, ce qui est fait par les professionnels sur le mode déclaratif,
- **Analyser les résultats** afin de confronter une pratique idéale aux pratiques quotidiennes et d'en mesurer les écarts,
- **Sensibiliser les professionnels.**

Elle peut être réalisée de façon prospective ou rétrospective, sur un mode déclaratif.

Avantages et limites

Le principal intérêt de cette approche est constitué par le mode de recueil des données : le mode déclaratif permet de connaître les pratiques en place avec des ressources réduites (humaines notamment) pour réaliser le recueil des données, tout en sensibilisant les professionnels concernés.

Cependant les écarts, pouvant exister entre les déclarations et la réalité, sont difficilement connus et quantifiés.

2- Outils pour une approche par processus

La norme ISO 9000 définit un processus comme un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie.

Trois méthodes sont décrites pour réaliser une approche par processus : l'analyse de processus, le chemin clinique, la gestion des risques.

Quelle que soit la méthode retenue, il convient de :

- **Choisir le processus** à étudier, en fonction de la fréquence, du potentiel d'amélioration et de la criticité du processus,
- **Décrire le processus étudié en procédant à son découpage** : cette étape va permettre de distinguer les différentes étapes du processus sous la forme d'un logigramme (utilisation de symboles pour obtenir une écriture conventionnelle). Le découpage est effectué en considérant le fonctionnement idéal du processus. Il peut être organisationnel ou fonctionnel. Dans ce dernier cas, il est nécessaire d'y associer une feuille de recueil des données apportant des éléments de traçabilité et de preuves,
- **Identifier les étapes à améliorer** : il s'agit de définir les étapes déficientes sur lesquelles des améliorations peuvent être apportées,
- **Proposer un nouveau processus**,
- **Réévaluer ce nouveau processus** pour quantifier l'amélioration obtenue.

Cette méthodologie peut être appliquée aussi bien à l'évaluation de pratiques cliniques qu'à l'organisation appliquée. Le choix de l'approche retenue, parmi les trois existantes, dépend de la nature du processus étudié (orientation clinique, orientation organisationnelle) : le découpage appliqué et les mesures correctrices seront alors différents.

☛2-1 Analyse de processus

Définition

L'analyse de processus est une approche d'amélioration de la qualité qui considère une activité dans sa globalité. Elle s'attache à mettre en évidence quelles sont les étapes défailtantes au sein d'une succession d'activités (processus). La modification de ces étapes est alors nécessaire pour obtenir une amélioration de la qualité.

Objectif

En mettant en évidence les interfaces organisationnelles, l'analyse par processus souligne les points critiques et cible les pratiques qui nécessitent des évaluations spécifiques. Elle constitue donc la méthode de base des programmes d'amélioration de la qualité.

Champ d'application

En considérant l'ensemble d'une activité, cette méthodologie permet de s'intéresser aussi bien à des pratiques cliniques qu'à des aspects organisationnels.

En pratique

Le déroulement d'une approche par processus (description ci-dessus) est applicable à l'analyse de processus. Il est important de souligner que le découpage du processus nécessite une étroite collaboration entre les différents professionnels impliqués dans le processus étudié, mais surtout entre les auditeurs et les audités. Cette collaboration est indispensable pour :

- Valider le découpage proposé pour décrire le processus,
- Définir les objectifs à atteindre,
- Choisir les indicateurs de suivi, de façon à garantir l'objectivité de l'audit,
- Faciliter la mise en œuvre des actions correctrices.

Avantages et limites

Cette méthode permet une approche globale d'une activité, en tenant compte notamment des interfaces entre services. L'implication multidisciplinaire permet de tenir compte de la vision des différents professionnels et par conséquent, de favoriser l'acceptabilité des mesures correctrices.

L'importance du processus audité va conditionner la quantité de travail de préparation des auditeurs. En effet, pour procéder à un découpage adapté d'un processus, ils doivent parfaitement maîtriser ce processus. Si le découpage est :

- **Trop détaillé**, la vue d'ensemble de l'activité va être perdue,
- **Trop peu détaillé**, les étapes critiques seront difficiles à identifier et donc, les mesures correctrices qui pourraient être proposées, ne seraient pas toujours les plus adaptées.

☛2-2 Chemin clinique

Définition

La méthode du « chemin clinique » est une démarche d'analyse et d'amélioration des processus au cours de laquelle les professionnels définissent *a priori* les modalités de prises en charge d'une pathologie donnée.

Objectif

Une méthode utilisant le « chemin clinique » a pour objectif de standardiser la prise en charge d'un

patient présentant une pathologie donnée.

Champ d'application

Cette méthode concerne essentiellement la pratique clinique. Cependant, elle prend en considération les interfaces organisationnelles, puisque la prise en charge d'une pathologie implique souvent des structures transversales (service d'imagerie, laboratoires d'analyse) et dans certains cas plusieurs services cliniques.

Exemple : dans le cas de la prise en charge du syndrome néphrotique en pédiatrie impliquant le service de néphrologie, mais aussi le service d'endocrinologie dans le cas où une prescription d'hormones de croissance s'ajouterait à la corticothérapie.

En pratique

Le déroulement de cette méthode comprend l'ensemble des étapes décrites pour l'approche par processus à l'exception des mesures correctrices. En effet, ces dernières reposent sur l'établissement d'un document écrit, planifiant *a priori* la prise en charge d'une pathologie. Cette planification peut porter sur l'ensemble de la durée de l'hospitalisation ou juste sur une journée.

Ce document sera établi et validé par des intervenants, possédant une expertise dans le domaine concerné. La rédaction de ce document pourra s'appuyer sur des référentiels, ce qui permettra alors de respecter les bonnes pratiques.

Ce document est intégré au dossier patient lors de son admission.

La Figure 4 illustre le déroulement des différentes étapes :

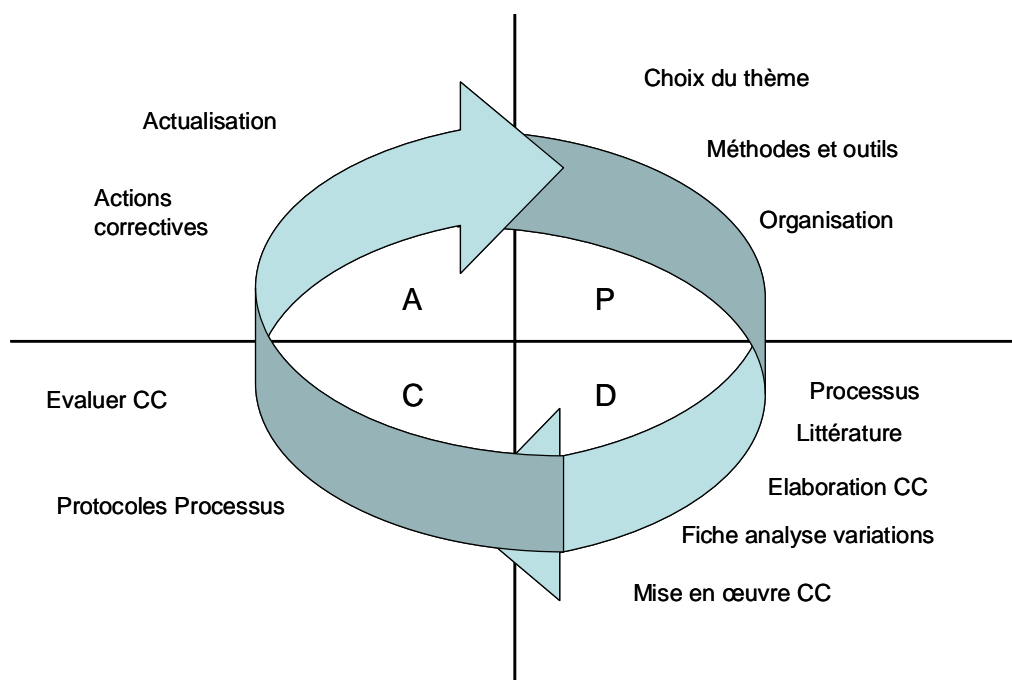


Figure 4 : Schéma d'une évaluation par le chemin clinique

Avantages et limites

Cette méthode présente de nombreux avantages. Le fait de standardiser la prise en charge d'une pathologie permet de remettre à jour les pratiques d'un service, si cela est nécessaire, puisque cette standardisation va s'appuyer sur des référentiels reconnus. De plus, la mise à disposition d'un document écrit permet de réduire les variabilités de prise en charge. Celle-ci doit être le moins possible acteur-dépendant ou opérateur-dépendant de façon à diminuer les risques d'erreurs, d'oublis ou de redondance.

Au final, cette standardisation permet :

- Une amélioration de la prise en charge du patient,
- Une meilleure utilisation des ressources (financières et humaines),
- Une meilleure coordination entre les services cliniques et les structures transversales,
- Une meilleure capacité d'accueil de l'établissement, puisque les durées de séjour ne sont plus prolongées à cause d'examens oubliés, mal programmés.

Cette approche implique cependant de modifier le dossier patient, de mettre facilement à disposition les documents (possibilité de mise en ligne sur le site intranet de l'établissement). Elle nécessite aussi la rédaction d'un document par pathologie. Si ceci n'est pas problématique pour les pathologies habituellement prises en charge dans l'établissement, cela peut le devenir pour des pathologies moins souvent rencontrées. Une collaboration inter-établissement peut cependant réduire ce type de difficultés (exemple : contacter un hôpital centre de référence des maladies métaboliques pour la prise en charge de ces maladies).

☛ 2-3 Gestion des risques : Analyses des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC)

Définition

Une des approches de la gestion des risques est la méthode de l'AMDEC. Il s'agit d'une méthode de prévention des risques, en identifiant ces risques, en les hiérarchisant (en fonction de leur fréquence, de leur gravité, de la capacité à les détecter ou non,...) et en essayant de mettre en œuvre des mesures de prévention à leur survenue.

Objectif

L'objectif de cette méthode est de fiabiliser un processus en prévenant l'apparition de risques (gestion des risques *a priori*). Le but est d'optimiser la fiabilité d'un processus en prévenant l'apparition des risques, en détectant les défauts à un stade précoce, en recensant les risques, en hiérarchisant les risques et en mettant en œuvre des actions de prévention.

Champ d'application

Le champ d'application de l'AMDEC est très large puisque cette approche peut être utilisée pour établir la criticité de toute acte pouvant avoir un retentissement direct ou indirect sur le patient, le personnel, le public ou l'institution.

En pratique

Le déroulement d'une méthode fondée sur l'AMDEC implique de :

- **Définir les objectifs à atteindre**, ce qui permettra de centrer l'analyse sur le but recherché,
- **Constituer un groupe multidisciplinaire** où les principaux acteurs concernés sont représentés,
- **Procéder à une analyse fonctionnelle du processus**, au cours de laquelle un logigramme sera établi,
- **Détecter les défaillances du processus** à un stade précoce car ce sont ces défauts qui entraînent un risque (diagramme cause/effet),
- **Évaluer les défaillances** : il s'agit d'une évaluation qualitative au cours de laquelle il faut définir le mode de défaillance (manière dont le processus peut s'arrêter de fonctionner), la cause de cette défaillance (tout événement susceptible de conduire au mode), l'effet de cette défaillance (conséquence du mode sur l'utilisateur) et sa détection (action qui empêche le mode ou la cause),
- **Recenser les risques** encourus,
- **Établir une hiérarchie** de ces risques : cette hiérarchisation (évaluation quantitative) est établie en combinant trois paramètres, qui sont **la gravité (G)**, **l'occurrence (O)** et **la détectabilité (D)**. La gravité évalue la conséquence sur l'utilisateur, que celui-ci soit le patient, le personnel, le public ou l'institution. L'occurrence est la probabilité que la cause se produise ou entraîne le mode. La probabilité d'apparition du risque est parfois difficile à apprécier. Le retour d'expérience ou l'analyse des fiches de signalements des effets indésirables (FSEI) peut constituer des éléments importants. Concernant la détectabilité, il s'agit de la probabilité que la cause ou le mode supposé atteigne l'utilisateur. Ceci implique que la note de non-détection sera d'autant plus élevée que les conséquences sont importantes. La cotation des paramètres G, O et D sera établie à partir d'échelles pré-établies. La criticité du risque (C) sera obtenue par le produit des trois paramètres ($C=G \times O \times D$),
- **Mettre en place des actions préventives ou correctives** : ces actions devront réduire la valeur de criticité sur les défaillances où le niveau de preuve est jugé inacceptable.
- **Évaluer l'impact de la correction** : en effet, toute modification du processus ne doit pas induire de nouveaux risques, plus importants, que ceux qui ont été supprimés. L'effet de la correction sera quantifié en recalculant la criticité.

Différentes échelles peuvent être utilisées pour la cotation des paramètres G, D et O. Il est à noter que la valeur « zéro » ne peut pas être utilisée. Le Tableau 3 présente un exemple d'échelle pour chacun des paramètres.

Cotation	Echelle de gravité (OMS)	Echelle d'occurrence	Echelle de détectabilité
1	Insatisfaction, douleur légère, influence légère sur le traitement en cours, nécessité d'un traitement spécifique léger, indisponibilité, perturbation technique.	Rare	Détection immédiate.
2	Plainte potentielle, douleur moyenne, influence moyenne sur le traitement en cours, nécessité d'un traitement spécifique moyen, détérioration technique.	Occasionnel	Détection facile.
3	Nécessité d'une conciliation, douleur importante, altération légère de l'état ou de l'intégrité physique, influence importante sur le traitement en cours, nécessité d'un traitement spécifique moyen, perte de données liées aux traitements, détérioration grave.	Régulier	Détection par action systématique.
4	Altération moyenne de l'état général ou de l'intégrité physique, nécessité d'un traitement spécifique important, intervention.	Fréquent	Détection par action volontaire.
5	Altération importante de l'état ou de l'intégrité physique, réanimation, menace vitale indirecte et potentielle, morbidité imprévue à long terme, catastrophe technique.	Systematique	Non détection.
6	Menace vitale directe et immédiate, morbidité potentielle pour plusieurs patients, décès immédiat ou avant 30 jours, intervention des secours.	-----	-----

Tableau 3 : Exemple d'échelle pouvant être utilisée pour quantifier la gravité, l'occurrence et la détectabilité dans le cadre de l'AMDEC.

La détermination des différents paramètres permettant d'accéder à la valeur de la criticité peut aussi être représentée sous la forme d'une matrice de criticité (Figure 5 ci-dessous) ou d'une grille d'analyse (Tableau 4). La Figure 6 illustre la matrice de criticité qui peut être établie pour étudier les risques liés à l'administration d'un médicament.

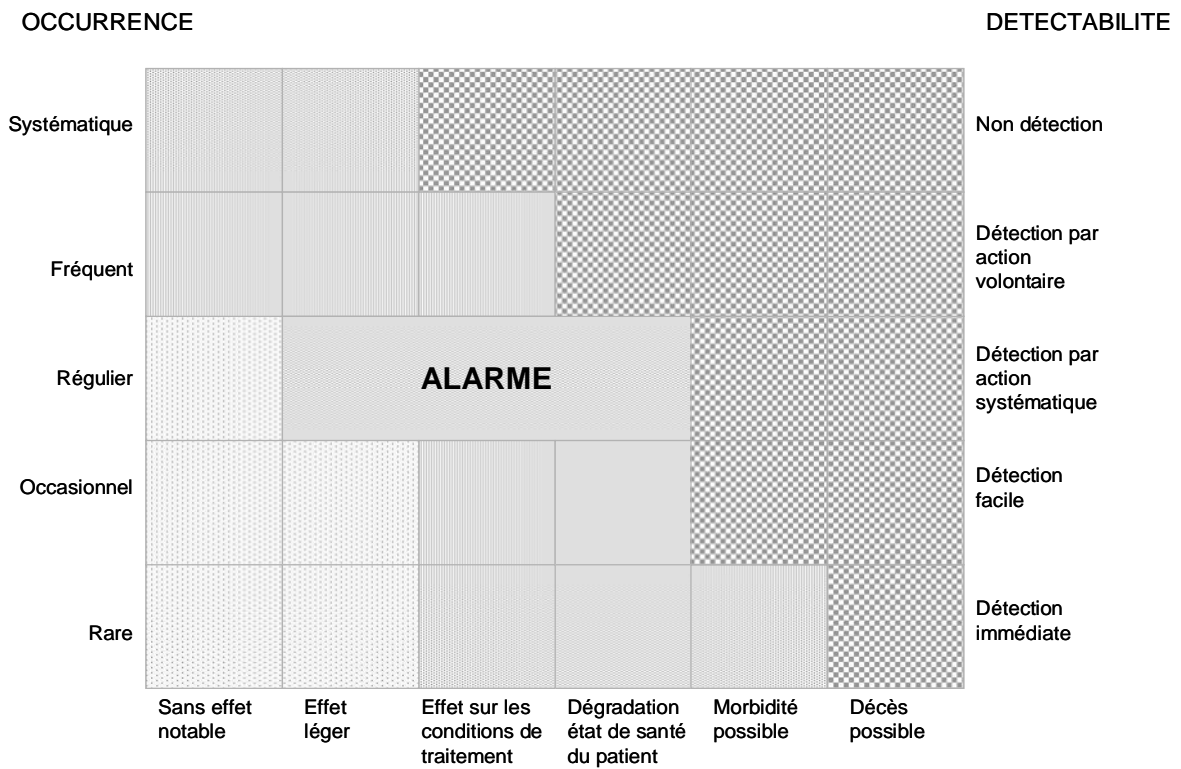


Figure 5 : Matrice de criticité établie en fonction de l'occurrence, de la gravité et de la détectabilité d'un risque.

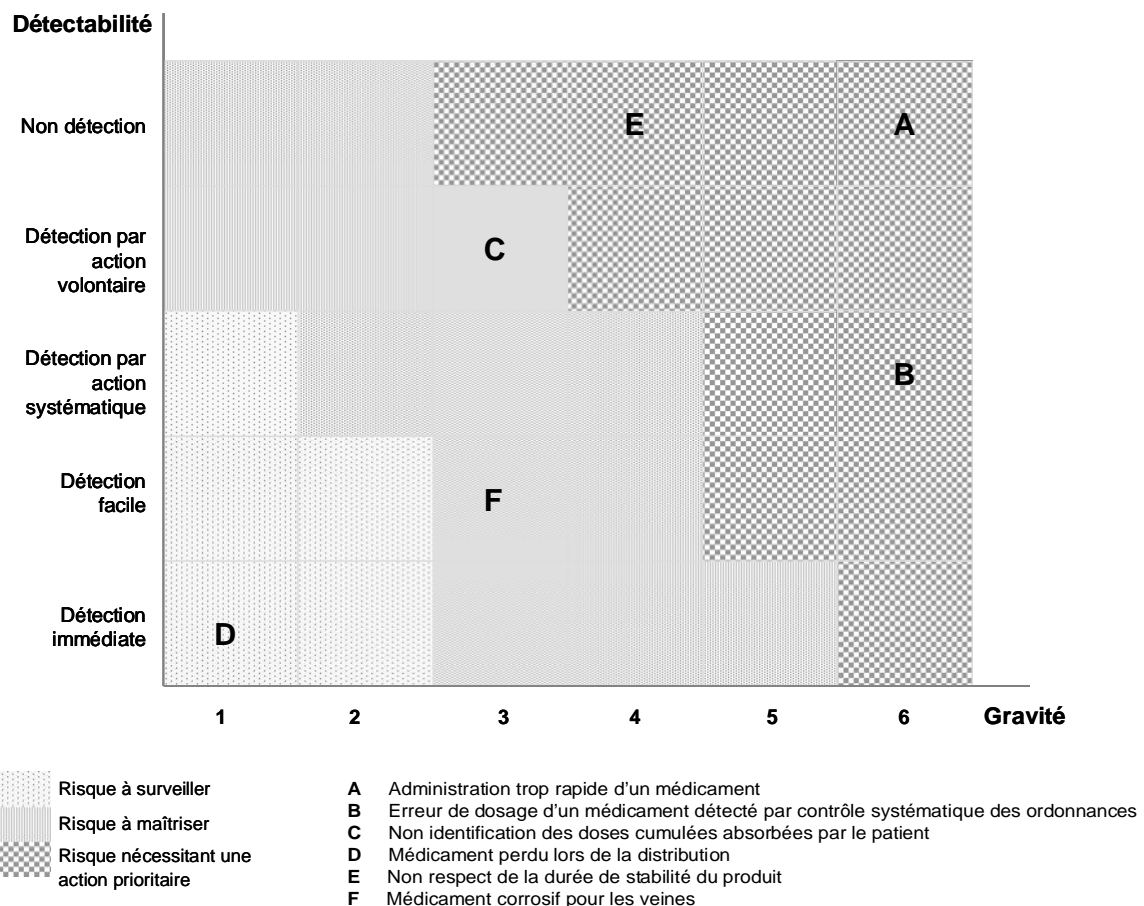


Figure 6 : Matrice de criticité établie pour évaluer la criticité liée à l'administration d'un médicament.

Analyses des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité									
Processus	Défaillance			Détection	GxOxD			C	Action
	Effet	Mode	Cause		G	O	D		

Tableau 4 : Exemple de grille d'analyse pouvant être utilisée lors d'une approche par AMDEC.

Avantages et limites

La mise en œuvre des actions correctives concerne essentiellement les étapes à forte criticité.

3- Outils pour une approche par problème

☛3-1 Les différentes approches possibles

L'approche par problème comprend différentes méthodes parmi lesquelles :

- **La résolution de problèmes** : méthode de Pareto (20 % des causes produisent 80 % des effets), *brainstorming* ou « remue-méninges » (réunions au cours desquelles la résolution de problème est abordée, par le biais de discussions soutenues),
- **L'analyse des causes** : diagramme cause/effet (représentation graphique simple qui, pour un effet, tente d'identifier l'ensemble des causes et des facteurs potentiels pouvant l'affecter), méthode des 5M (méthode qui tente d'identifier les causes conduisant à un effet en considérant cinq domaines : **M**atière, **M**atériel, **M**éthodes, **M**ain d'œuvre, **M**ilieu),
- **L'analyse des erreurs**,
- **La revue de morbi-mortalité**, qui est développée ci-dessous.

Revue de morbi-mortalité (RMM)

Définition

La revue de morbi-mortalité est une méthode d'amélioration de la prise en charge des soins, basée sur l'analyse d'évènements réels, qui se sont produits au sein d'un service et qui ont eu, pour conséquence, une augmentation de risque de morbidité d'un patient, voire son décès. Comme toutes les méthodes visant à améliorer la prise en charge des patients, la RMM revient à comparer une pratique clinique à une démarche optimale (référentiel).

Objectif

La RMM a pour objectif d'identifier et d'analyser l'ensemble des évènements qui a conduit à l'augmentation du risque de morbidité d'un patient ou à son décès. Il ne s'agit pas de refaire l'histoire clinique du patient, mais de reconsidérer l'ensemble des soins que ce patient a reçu et de déterminer, dans quelle mesure, l'évènement aurait pu être évité.

Champ d'application

Les RMM sont effectuées au sein des unités de soins lors de complications morbides ou d'un décès non prévu. Chaque unité de soins choisit les évènements qu'elle souhaite suivre (iatrogénie médicamenteuse, infections nosocomiales, chute, phlébite, reprise au bloc,...).

En pratique

Un document décrit l'organisation d'une RMM en précisant, notamment :

- **La périodicité des réunions,**
- **L'engagement de la Direction de l'établissement et des praticiens** sur une véritable charte éthique avec respect de la confidentialité,
- **La sélection et l'analyse collective des dossiers** des patients décédés ou ayant présenté certaines complications morbides,
- **La liste des personnes participant** à ces réunions : le Corps Médical du service concerné sera présent, ainsi que, parfois, des représentants de l'équipe soignante de ce même service. Il est rare que des personnes extérieures au service participent à ces réunions, à l'exception de cas complexes pour lesquels les membres de la cellule de gestion des risques peuvent apporter leur contribution.

Une RMM se déroule en quatre étapes (Figure 5, § 2-3) :

- **Mise en place de la démarche, au cours de laquelle les services cliniques et les professionnels sont identifiés,**
- **Identification des cas à traiter,**
- **Analyse des cas au cours de leur présentation par l'un des professionnels : c'est l'étape au cours de laquelle l'identification des erreurs est effectuée,**
- **Mise en œuvre d'actions correctives ou préventives afin d'améliorer les pratiques et l'organisation du travail.**

L'identification des origines de la défaillance est effectuée de façon collective, en vue de la mise en œuvre d'actions correctives ou préventives. Trois types d'erreurs peuvent être identifiés (Tableau 5) : les erreurs latente, patente ou de défense.

	Erreur latente	Erreur patente	Erreur de défense
Cause	Institutionnelle : conception insuffisante, organisation défaillante.	Acte risqué du personnel, erreurs, non respect des recommandations et des textes.	Diminution de la vigilance par habitude, routine, absence d'incidents ou de signalement, manque de moyens.
Exemples	① Plateau technique incomplet. ② Manque de personnel et glissement des tâches.	① Evènements iatrogènes. ② Accidents graves. ③ Non respect des procédures, des guides de bonnes pratiques.	① Abandon progressif des responsabilités des différents intervenants. ② Absence ou manque de rigueur dans les procédures de contrôles.
Action	Mise en place d'actions de prévention.	Renforcement du système de détection et de signalement, formation aux actes, sensibilisation au respect des procédures, mise en place d'actions correctrices immédiates et /ou préventives.	Mise en place d'une évaluation systématique des systèmes et des acteurs : évaluation des connaissances, audit, enquête, analyse de processus.

Tableau 5 : Nature des erreurs pouvant être identifiées lors d'une enquête de morbi-mortalité.

Avantages et limites

Cette approche permet d'accéder à une meilleure transparence des évènements et par conséquent, à renforcer la cohésion d'une équipe, puisque cette méthode concerne principalement le personnel d'un service. Lors d'une RMM, il convient de bien définir les conditions d'analyse des dossiers et les objectifs recherchés, de façon à éviter les mises en cause au niveau individuel.

4- Outils pour une approche par indicateur

Définition

L'approche par indicateur est une méthode de suivi continu de la qualité, qui repose sur le suivi du score d'un ou de plusieurs paramètres, ce score étant représentatif du niveau de qualité obtenu pour un acte ou un processus donné.

Objectif

Il s'agit de surveiller dans le temps le niveau de qualité d'un ou de plusieurs indicateurs : l'évolution du score obtenu permet de mettre en évidence des dérives (dus à la routine, par exemple), de déclencher des mesures correctives (lorsque le score atteint une valeur limite pré-déterminée), de mesurer l'impact de mesures préventives ou correctrices et d'évaluer l'effet d'une modification des pratiques.

Champ d'application

La mise en place d'indicateurs est applicable à tous les domaines (de l'évaluation d'un acte jusqu'à celle d'un processus) et concerne aussi bien l'évaluation de pratiques dans les unités cliniques ou les services transversaux, que l'évaluation de l'organisation d'une structure.

En pratique

Après avoir défini quel acte ou quel processus sera suivi, le point-clé repose sur le choix du ou des indicateurs et fait, en général, suite à une concertation multidisciplinaire. L'indicateur doit être :

- Simple à suivre (données facilement disponibles) et à quantifier,
- Pertinent,
- Fiable, ce qui est conditionné par les sources de données,
- Sensible, c'est-à-dire capable de détecter de faible variation,
- Reproductible.

Il convient aussi de :

- Définir si cet indicateur est permanent ou ponctuel,
- Choisir la périodicité du recueil,
- Créer un outil de recueil des données,
- Fixer la valeur cible de l'indicateur,
- Diffuser les résultats auprès des différents intervenants,
- Fixer la valeur à partir de laquelle des actions préventives ou correctives sont menées,
- Identifier les origines des écarts constatés,
- Mettre en place des actions correctrices et les évaluer.

Avantages et limites

Le suivi de l'amélioration de la qualité par indicateurs est une méthode simple à appréhender, qui est souvent mise en œuvre au début des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité. La permanence du suivi de l'indicateur permet d'identifier rapidement des dérives et donc d'agir rapidement. La diffusion des résultats contribue à motiver les différents intervenants.

Le choix de l'indicateur constitue le point délicat : l'analyse de la littérature, une concertation multi-disciplinaire et une collaboration inter-établissements constituent des aides importantes.

2. EPP : EXEMPLES

Dans le domaine de la pharmacie hospitalière, les EPP concernant les activités pharmaceutiques sont essentiellement multidisciplinaires. Elles sont encore, à ce jour, rarement centrées sur une évaluation d'une pratique pharmaceutique. Les choses évoluent néanmoins très rapidement et on note de plus en plus d'EPP mises en place par des pharmaciens et évaluant plus spécifiquement des activités pharmaceutiques hospitalières.

Ces EPP concernent essentiellement le médicament et sont, dans la plupart des cas, centrées sur les étapes de prescription ou d'administration du médicament. C'est donc via les notions de bon usage, du risque iatrogénique, d'informatisation de la prescription et de mise en place d'un circuit du médicament optimisé que seront évalués l'impact ou l'activité pharmaceutique. Les étapes de dispensations sont beaucoup plus rarement évaluées. Le domaine du dispositif médical ou les activités concernant les préparations hospitalières, la stérilisation ou les activités de laboratoires, font exceptionnellement l'objet d'EPP.

Le site de l'HAS (*section professionnels de santé*) présente des exemples d'EPP, soit sous forme de retours d'expériences, soit sous forme de dossiers thématiques, aidant à la mise en place d'une EPP.

Retours d'expériences

145 démarches d'EPP ont été présentées au cours de la 1^{ère} Journée nationale de l'EPP le 18 décembre 2006, sous l'égide de l'HAS. 85 sont publiées sur le site de l'HAS avec un résumé d'une page et les coordonnées de l'interlocuteur à contacter. Ces démarches d'EPP ont une valeur pédagogique en présentant des activités évaluées, les méthodes utilisées et les améliorations obtenues. Sur les 85 EPP publiées, une quinzaine concernent de près ou de loin le médicament ou des activités pharmaceutiques.

- Relevé des évènements indésirables en réanimation médicale (région Poitou-Charentes),
- Recueil des évènements indésirables et amélioration des pratiques en anesthésie (région Limousin),
- Amélioration pérenne des dépenses induites par les prescriptions médicales dans un service de réanimation médicale (région Alsace),
- Risque iatrogène en unité centralisée de préparation des chimiothérapies – de l'assurance-qualité à l'épidémiologie (région Franche-Comté),
- Evaluation des pratiques thérapeutiques dans l'insuffisance cardiaque : expérience hospitalière multicentrique en Lorraine (région Lorraine),
- Evaluation de la pratique d'antibioprophylaxie en chirurgie de première intention (région Haute-Normandie),

- Evaluation de l'antibioprophylaxie en chirurgie de première intention (région Bourgogne),
- Antibioprophylaxie en chirurgie de 1^{ère} intention : de la prescription à l'administration (région Poitou-Charentes),
- De la surveillance des bactériémies à la diminution du risque nosocomial lié aux dispositifs intra-vasculaires (région Centre),
- Conduite d'une démarche d'évaluation des pratiques médicales : prévention de la maladie thrombo-embolique par les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) (région Picardie),
- Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) : retour d'expérience d'Audit Clinique Ciblé (ACC) référentiel HAS appliqué à « la pose et la surveillance d'une sonde urinaire » (région Pays de Loire),
- Politique de bon usage : pertinence de la prescription d'un Inhibiteur de la Pompe à Protons (IPP : Inexium[®]) par voie intra-veineuse (région Centre),
- Audit d'administration des médicaments (région Franche-Comté),
- Evaluation de la pertinence des prescriptions de diazépam dans le sevrage alcool et benzodiazépine (région PACA).

Evaluations des Pratiques Professionnelles : Exemples

<i>Thème retenu (libellé de l'action d'évaluation) Equipe pluridisciplinaire</i>	<i>Justification du choix</i>	<i>Objectifs de l'évaluation</i>	<i>Références professionnelles sur lesquelles est basée l'EPP</i>	<i>Méthode d'évaluation utilisée</i>	<i>Résultats</i>	<i>Actions d'amélioration</i>
Référence 40 / ex 44 - Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques.						
Réf 40b /ex 44b – La pertinence des actes invasifs est évaluée.						
Pertinence de la pose et de l'utilisation des chambres à cathéters implantables.	<p>La pose et la surveillance des C.C.I nécessitent une prise en charge multidisciplinaire requérant une grande technicité et incluant la prévention de nombreux risques (228 C.C.I posés en 2005).</p> <p>L'établissement a choisi ce thème d'évaluation au regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> -De la fréquence de l'activité, -Des variations de pratiques notamment dans l'utilisation des chambres, -Des évènements indésirables identifiés, -De défaillances dans la coordination des professionnels ayant une incidence sur la pose des sites dans des délais optimum et sécurisés requis pour le patient. 	<p>Améliorer la coordination des différents professionnels.</p> <p>Réduire les variations de pratiques par une optimisation de la formation des professionnels à la manipulation et l'utilisation des C.C.I.</p> <p>Améliorer la sécurité des soins en réduisant les risques iatrogènes liés à la pose des C.C.I. et en organisant le recensement et le suivi des évènements indésirables.</p> <p>Optimiser l'organisation du processus de prise en charge du patient.</p> <p>Améliorer la satisfaction des patients.</p>	<p>Evaluation de la qualité de l'utilisation et de la surveillance des chambres à cathéters implantables (H.A.S Décembre 2000).</p>	Approche par processus. Chemin clinique.	<i>Non communiqués</i>	<i>Non communiqués</i>

<p>Pertinence de la prescription médicale du sondage urinaire itératif en soins de suite et réadaptation.</p>	<p>Prévenir le risque infectieux lié au sondage urinaire <i>a priori</i>.</p>	<p>Evaluer l'adéquation de la prescription médicale du sondage avec la pathologie du patient.</p> <p>Evaluer la qualité de la prescription dans l'option d'éviter tout sondage inutile.</p>	<p>Analyse des recommandations sur le sondage urinaire et étude de la littérature sur l'utilisation d'un échographe vésical portable (bladderscan).</p>	<p>Audit clinique ciblé.</p> <p>Audit de la prescription du sondage évacuateur et du bladderscan avant sondage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requête informatique rétrospective sur trois mois, en SSR, SLD et MG, - Etude des dossiers médicaux, infirmiers. 	<p>64 % des prescripteurs audités.</p> <p>33 % de traçabilité manquantes dans dossier médical.</p> <p>Pertinence 98 % conformes.</p>	<p>Améliorer la traçabilité de l'indication du sondage dans le dossier médical.</p> <p>Améliorer la prescription de la conduite à tenir en fonction du résultat du bladderscan.</p> <p>Proposer un protocole médical d'utilisation du bladderscan.</p> <p>Proscrire tout sondage sans prescription médicale (y compris pour examens tels ECBU).</p>
<p>Pertinence des indications de coronarographies dans le service cardiologie.</p>	<p>Acte invasif à risque (morbidity, décès).</p> <p>Examen coûteux.</p> <p>Actuellement seul examen de référence pour le diagnostic des lésions coronariennes.</p> <p>Tendance naturelle à l'inflation (facilité, valorisation des centres en fonction du volume d'activité).</p>	<p>Pertinence de l'acte.</p>	<p>Recommandations ANAES 1996, 2005.</p> <p><u>Critère de pertinence:</u> indication de coronarographie retenue en cas de forte probabilité clinique d'ischémie myocardique ou en cas de positivité des tests <u>non invasifs</u> lorsque la probabilité clinique est faible.</p>	<p>Approche par comparaison à un référentiel</p> <p><u>Approche par indicateur :</u> taux de coronarographie sans lésions significatives (sténoses inférieures à 50 %).</p> <p>Critère de pertinence : <u>taux inférieur à 25 %.</u></p> <p>Bases de données : logiciel de comptes rendus de coronarographie (CARDIO REPORT) et registre CARDIO ARHIF.</p>	<p>90 % des indications conformes aux recommandations. (moyenne régionale sur registre CARDIO ARHIF: 80 %)</p> <p>Taux de coronarographies sans lésions significatives (sténoses inférieures à 50 %) : 28 % (moyenne régionale sur registre CARDIO ARHIF: 34 %)</p>	<p>Maintenir le niveau de pertinence actuel: évaluation semestrielle avec présentation au staff du service.</p> <p>Réduire encore le taux de coronarographies sans lésion significatives.</p> <p>Acquisition d'un scanner multicoupes et formation de l'équipe Radiologues et Cardiologues à l'utilisation de cette technique pour la détection des lésions coronaires.</p>

<i>Thème retenu (libellé de l'action d'évaluation) Equipe pluridisciplinaire</i>	<i>Justification du choix</i>	<i>Objectifs de l'évaluation</i>	<i>Références professionnelles sur lesquelles est basée l'EPP</i>	<i>Méthode d'évaluation utilisée</i>	<i>Résultats</i>	<i>Actions d'amélioration</i>
Réf 40c /ex 44c - La pertinence des prescriptions médicamenteuses.						
Pertinence des prescriptions d'antibiotiques en chirurgie urinaire : pyélonéphrites et prostatites.	Existence de protocoles validés par le COMEDIMS. Les protocoles curatifs d'antibiothérapie en chirurgie digestive et urinaire ont été récemment réactualisés (COMEDIMS d'Octobre 2006) et font l'objet d'une diffusion papier et intranet.	Renforcer la maîtrise de l'évolution des résistances bactériennes. Renforcer la maîtrise des dépenses d'anti-infectieux. Réduire la variabilité des pratiques. Optimiser la qualité de la prise en charge du patient.	ANAES : Le bon usage des antibiotiques à l'hôpital-1996. SPILF : Comment améliorer la qualité de l'antibiothérapie dans les établissements de soins- 2002.	Approche par comparaison à un référentiel. Audit clinique ciblé sur une période de 1 mois après la diffusion des protocoles.	<i>Non communiqués</i>	<i>Non communiqués</i>
La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est évaluée.	La maîtrise de l'antibiothérapie : une priorité inscrite depuis de nombreuses années dans l'établissement.	Améliorer la prescription des antibiotiques.	Recommandations de l'APPIT, Vidal, guides d'antibiothérapie rédigés par un Comité d'expert (Antibiogarde, Popi, Du bon usage des antibiotiques 2001 AP-HP).	Approche par comparaison à un référentiel. Curative : audit clinique ciblé sur amoxicilline et fluoroquinolones sur une période de 1 mois. Informations recueillies à J3 et J5.	204 dossiers 43 % inadaptés.	Soutien institutionnel : création d'un poste de PH en antibiothérapie. Rédaction de recommandations dans le bulletin du COMEDIMS. Rédaction d'un protocole de prise en charge des infections urinaires. Logiciel d'aide à la prescription antibiotique.

			Surveillance INCISO du réseau CLIN Paris Nord.	<p>Approche par comparaison à un référentiel.</p> <p>Audit clinique de Fév. à Juin 2004.</p> <p>Comparaison dans le cadre de l'audit de qualité « benchmarking » fait par le CCLIN Paris Nord.</p>	<p>184 dossiers.</p> <p>93 % des pratiques sont conformes au référentiel.</p> <p>Entre 12 % et 19.5 % des molécules sont retrouvées administrées après l'incision.</p>	<p>Révision de certains protocoles en adéquation avec les recommandations de la SFAR.</p> <p>Améliorer les délais d'administration des antibiotiques avant l'intervention.</p>
<p>Pertinence des prescriptions des médicaments des démences type Alzheimer.</p>	<p>Importance de la pathologie sur l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur le plan médical, - Sur le plan financier. <p>Evaluation en rapport avec le groupe Démence</p>	<p>Optimiser la Juste Prescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformité AMM, - Indications, - Posologie, - Interactions médicamenteuses et iatrogénie (médicaments du système nerveux central associés). 	<p>AMM.</p> <p>Fiches de Juste Prescription AP-HP (COMEDIMS Central)</p> <p>Bibliographie : importante +++</p>	<p>Audit clinique ciblé.</p> <p>Enquête 1 jour.</p> <p>Edition par la Pharmacie de toutes les prescriptions de l'établissement un jour donné.</p> <p>Grille d'évaluation.</p> <p>Recueil réalisé dans chaque service par le médecin du groupe.</p>	<p>Indications AMM conformes 98,8 %.</p> <p>Adaptation posologique et fonction rénale : 48 % non-conformes (galantamine).</p> <p>Associations psychotropes trop fréquentes à justifier.</p>	<p>Rédaction de règles de bon usage (Juste Prescription) transmises à l'ensemble des prescripteurs.</p> <p>Evaluation de la maladie lors de la 1ère prescription.</p> <p>Réévaluation des traitements si évolution de la pathologie.</p> <p>Médicaments associés : sensibilisation aux interactions médicamenteuses.</p>
<p>Pertinence de la prescription des EPO chez le patient cancéreux sous chimiothérapie.</p>	<p>EPO efficace.</p> <p>Recommandations concordantes.</p> <p>Variabilité des pratiques de prescription.</p>	<p>Améliorer la qualité des prescriptions en terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'indication, - De prescription, - De suivi et d'adaptation des doses en cours de traitement. 	<p>AMM.</p> <p>Indications de prescription (hémoglobininémie 8-10g/dl).</p>	<p>Audit clinique ciblé.</p> <p>Recueil des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De façon rétrospective sur 2 mois, - Puis Inclusion prospective des dossiers. 	<p>25 % seulement des patients anémiques sous chimiothérapies ont reçus de l'EPO.</p>	<p>Prescription des EPO à instaurer dès Hb <11g/dl.</p>

<i>Thème retenu (libellé de l'action d'évaluation) Equipe pluridisciplinaire</i>	<i>Justification du choix</i>	<i>Objectifs de l'évaluation</i>	<i>Références professionnelles sur lesquelles est basée l'EPP</i>	<i>Méthode d'évaluation utilisée</i>	<i>Résultats</i>	<i>Actions d'amélioration</i>
Référence 41 /ex 45 – Les professionnels évaluent les risques liés aux soins.						
Réf 41a /ex 45 a – Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risques et évaluent leurs conditions de sécurité.						
Surveillance des chimiothérapies au domicile des patients (HAD).	<p>L'activité cancérologique représente 65% de l'activité globale du service. Sont réalisées des chimiothérapies à domicile ainsi que des surveillances post-chimiothérapiques (21% des patients).</p> <p>La réalisation des chimiothérapies a donné lieu à définition d'un cadre d'action formalisé sous forme d'une charte de fonctionnement.</p> <p>Il s'agit d'évaluer les conditions de sécurité lors de la surveillance post-chimiothérapique au domicile.</p>	<p>Elaborer des recommandations de bonnes pratiques.</p> <p>Formaliser des protocoles de surveillance en adéquation avec les protocoles de chimiothérapie appliqués aux patients.</p> <p>Améliorer la qualité de la tenue du dossier.</p> <p>Organiser le recensement et l'analyse des événements indésirables.</p>	<p>Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile.</p> <p>Consensus formalisé de professionnels – Septembre 2003.</p> <p>Charte des professionnels de santé participant à la réalisation de traitements anticancéreux à domicile.</p>	<i>Non communiqués</i>	<i>Non communiqués</i>	

<p>Risque des traitements anticoagulants dans le service de cardiologie.</p>	<p>70% des hospitalisés en Cardiologie ont un traitement anti-coagulant actif.</p> <p>Survenue d'accidents graves (risque vital avec 4 patients concernés en 2004).</p> <p>Accidents souvent dûs à des dysfonctionnements dans le processus de prescription et de surveillance des traitements anticoagulants.</p> <p>Risque potentiellement en hausse compte tenu des protocoles actuels (associations à des antiplaquettaires puissants, thrombolytiques, procédures d'angioplastie etc.).</p>	<p>Amélioration du processus de prescription et de surveillance des traitements anti-coagulants en cours d'hospitalisation.</p>		<p>Approche par Indicateur.</p> <p>Incidence annuelle des hémorragies graves, apparues sous anticoagulants, pendant l'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repérage à partir des données PMSI, - Nombre d'accidents graves des anticoagulants: code R58, - Nombre de séjours avec traitements anticoagulants à dose thérapeutique: code Z 92.1. 		<p>Suivi de l'indicateur</p> <p>En collaboration avec le DIM :</p> <p>analyse des <u>fluctuations annuelles</u> pour détecter une éventuelle dérive. (suivi à long terme)</p> <p><u>Fiche annuelle de suivi</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse des accidents (type de traitement, caractéristiques des patients, pathologie etc.) - Recherche systématique de dysfonctionnement sur le processus. - <u>Contrôle de qualité</u> de l'indicateur. - Présentation annuelle au staff et conseil de service. - Intérêt d'une base de données multicentrique pour comparaison.
<p>Risque lié au sondage urinaire itératif en soins de suite et rééducation.</p>	<p>Prévenir le risque infectieux lié au sondage urinaire <i>a priori</i>.</p>	<p>Evaluer l'adéquation de la prescription médicale du sondage avec la pathologie du patient.</p> <p>Evaluer la qualité de la prescription dans l'option d'éviter tout sondage inutile.</p>	<p>Analyse des recommandations sur le sondage urinaire et étude de la littérature sur l'utilisation d'un échographe vésical portable (bladderscan).</p>	<p>Audit clinique ciblé.</p> <p>Audit de la prescription du sondage évacuateur et du bladderscan avant sondage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requête informatique rétrospective sur trois mois, en SSR, SLD et MG, - Étude des dossiers médicaux, infirmiers. 		<p>Réactualisation du protocole.</p> <p>Utilisation de matériel plus adapté.</p> <p>Mise en place de formations.</p>

<i>Thème retenu (libellé de l'action d'évaluation) Equipe pluridisciplinaire</i>	<i>Justification du choix</i>	<i>Objectifs de l'évaluation</i>	<i>Références professionnelles sur lesquelles est basée l'EPP</i>	<i>Méthode d'évaluation utilisée</i>	<i>Résultats</i>	<i>Actions d'amélioration</i>
Réf 41b /ex 45 b – L'analyse des évènements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.						
Revue des évènements indésirables liés aux produits de santé REIPS.	<p>Démarche de certification.</p> <p>La FMC. Le CBU. Le CPOM.</p> <p>Le programme de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.</p> <p>L'EPP.</p> <p>La revue des évènements indésirables liés aux produits de santé.</p>	<p>Sélection des évènements indésirables (domaine d'investigation, modalités de repérage).</p> <p>Constitution d'un groupe de réflexion.</p> <p>Reconstitution chronologique des faits.</p> <p>Caractérisation des évènements indésirables.</p> <p>Restitution de l'analyse approfondie de l'évènement indésirable.</p>		<p>Approche par problème</p> <p>Revue ?</p> <p>Méthode d'analyse des causes ?</p>	<p>Le diagnostic des causes :</p> <p>-L'identification des causes (grille SFPC, grille ISMP, méthode ALARM, arbre des pannes, diagramme cause/effet, méthode des 5M),</p> <p>-La hiérarchisation des causes (lien de causalité avec l'évènement, la fréquence, la détectabilité, le criticité).</p>	<p>Identification, priorisation, mise en œuvre des mesures de prévention.</p> <p>Evaluation de leur mise en œuvre.</p>
Référence 42 /ex 46 – La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.						
Prise en charge des syndromes coronariens aigus dans le service de cardiologie.	<p>Processus de prise en charge complexe.</p> <p>Nécessité d'une bonne coordination entre plusieurs équipes: SAMU, USIC, Cardiologie Interventionnelle.</p>	<p>Améliorer la rapidité de prise en charge aux Urgences :</p> <p>rédaction de procédures en commun avec l'équipe du SAU.</p>	<p>Prise en compte des Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Société Française de Cardiologie, - Société Européenne de Cardiologie, - ANAES, - <u>Nécessité d'un référentiel interne.</u> 	<p>Évaluation par analyse et amélioration de processus.</p> <p>Analyse des causes de retard par revues de dossiers, en présence de tous les intervenants et mise en place d'actions adaptées.</p>		<p>Rédaction de procédures en commun avec l'équipe du SAU.</p> <p>Elaboration d'un protocole avec le SAMU.- enquêtes auprès des Médecins de ville. -</p>

	<p>Existence de référentiels.</p> <p>Pathologie dominante, grave, avec impact en termes de santé publique.</p> <p>La rapidité de prise en charge est déterminante pour les résultats (étape critique dans le processus).</p>	<p>Optimiser le choix des stratégies de reperfusion.</p> <p>Améliorer les délais intra-hospitaliers, entre l'arrivée et l'angioplastie.</p> <p>Améliorer la correction des facteurs de risque après la sortie.</p>				
<p>La prise en charge de l'opéré fait l'objet d'une évaluation : application au risque infectieux.</p>	<p>Le risque infectieux en chirurgie est une préoccupation majeure de santé publique du fait de la gravité des conséquences d'une infection du site opératoire. Au centre hospitalier d'Argenteuil, ce problème est un objectif prioritaire depuis plusieurs années.</p> <p>La survenue d'une infection du site opératoire dépend de nombreux facteurs : pré, per et post opératoire.</p> <p>La limitation des ISO passe donc par une maîtrise de la prise en charge globale de l'opéré.</p>		<p>Conférence de consensus de la SFHH, Mars 2005, « gestion pré-opératoire du risque infectieux ».</p> <p>Qualité de l'air au bloc opératoire, recommandations d'experts, Octobre 2004.</p> <p>100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, CTIN, 1999.</p> <p>Recommandations pour la préparation cutanée de l'opéré, CCLIN Sud-Ouest, 2001.</p> <p>Antibioprophylaxie en milieu chirurgical chez l'adulte. Conférence de Consensus. SFAR, 1992 - Actualisation 1999.</p> <p>Circulaire N° DHOS/DGS/E2/5C/2004/599 du 13 Décembre 2004 relative à la mise en oeuvre du programme national d'actions contre les infections nosocomiales.</p>	<p>Approche par indicateurs.</p> <p>Mise en place et suivi d'indicateurs.</p> <p>Suivi du taux d'infection du site opératoire.</p> <p>Approche par processus</p> <p>Chemin clinique.</p> <p>Mise en place d'une fiche de liaison service-bloc opératoire-service.</p>		<p>Affinement de l'indicateur taux de suivi des ISO par automatisation des données de la surveillance dans le cadre du logiciel du bloc.</p> <p>Projet (courant 2007) d'évaluation de la qualité du recueil des données pour le suivi à J+30 des patients opérés (tirage au sort de 100 dossiers et vérification des données et du suivi sur dossier).</p> <p>Projet d'intégration de la fiche au logiciel du bloc opératoire et réévaluation.</p>

Programme d'EPP : documents pratiques - informations (points-clés, synthèses bibliographiques) - grilles d'analyse et référentiels

Parmi les différents programmes cités, certains concernent directement ou indirectement des activités pharmaceutiques :

- Syndromes coronariens aigus et diabète : prise en charge en cardiologie,
- Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé :
 - Lors de l'hospitalisation,
 - Prescripteur occasionnel.
- Prise en charge de la douleur post-opératoire,
- Antibio prophylaxie péri-opératoire,
- Chambres à cathéters implantables,
- Stérilisation des DM : conduite des cycles de stérilisation.

III. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES

1. FORMATION CONTINUE

1-1 Codes de déontologie

L'obligation d'entretenir et d'actualiser ses connaissances est stipulée dans le code de déontologie des médecins (décret du 6 Septembre 1995 modifié) ainsi que dans celui des pharmaciens (décret du 14 Mars 1995 modifié).

- Code de déontologie des médecins (article R. 4127-11)

Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue.

Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.

- Code de déontologie des pharmaciens (article R. 4235-11)

Les pharmaciens ont le devoir d'actualiser leurs connaissances.

1-2 L'Ordonnance du 24 Avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé,

instaure dans son chapitre 2, des règles relatives à la Formation Médicale Continue (FMC), pour les médecins.

Article L. 367-2 et suivants :

« L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel.

Tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public, doit justifier du respect de cette obligation auprès du Conseil Régional de sa formation mentionné à l'article L. 367-5, soit auprès de la Commission Médicale d'Etablissement mentionnée à l'article L. 714-16 ou à l'article L. 715-8 ».

1-3 La Loi du 4 Mars 2002, dite «Loi KOUCHNER», relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, complète la FMC pour les médecins (chapitre II, article L. 4133-1) et l'étend aux pharmaciens hospitaliers (chapitre V, article L. 6155-1) et aux autres pharmaciens inscrits à l'Ordre (chapitre VI, article L. 4236-1).

Médecins

« Art. L. 4133-1 : *La Formation Médicale Continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique.* »

Elle constitue une obligation pour tout médecin tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire à l'Ordre des médecins en vertu des dispositions du 3° de l'article L. 4111-1.

L'obligation de formation peut être satisfaite, au choix du médecin, soit en participant à des actions de formation agréées, soit en se soumettant à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé, soit en présentant oralement au Conseil Régional un dossier répondant à l'obligation mentionnée au présent article. Le respect de l'obligation fait l'objet d'une validation. La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires.

Personnels médicaux des établissements de santé

L'Art. L. 6155-1 rattache les pharmaciens hospitaliers aux conditions initialement dévolues aux médecins dans l'Art. 4133-1.

Art. L. 6155-1 : *Les médecins, biologistes, odontologistes et les **pharmaciens** exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, ainsi que ceux exerçant leurs fonctions dans des établissements de santé privés participant au service public, sont soumis à une obligation de formation continue dans les conditions fixées au **premier et troisième alinéas de l'article L. 4133-1.***

Autres pharmaciens

Officine, biologie, établissements de vente en gros, établissements de santé privés, pharmaciens des industries de santé.

Article L. 4236-1 : *La formation continue, qui a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, constitue une obligation pour **tout pharmacien tenu pour exercer son art de s'inscrire au tableau de l'Ordre.***

Cette obligation est satisfaite, dans les conditions prévues par le présent chapitre, sauf pour les pharmaciens exerçant dans les établissements de santé visés à l'article L. 6155-1.

La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires.

La Loi du 4 mars 2002, dans son art. 59, insère un avis relatif aux budgets de formation dans les établissements de santé publics :

Article L. 6155-4 :

« Les établissements de santé publique consacrent à la formation continue de leurs médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes, telle qu'elle est organisée par les statuts de ces personnels, des crédits dont le montant ne peut être inférieur à un pourcentage fixé par décret, de la masse salariale brute hors charge de ces personnels.

Des Etablissements publics de santé peuvent s'associer pour financer des actions de formation communes pour leurs médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes. » Octobre 2007 : les décrets ne sont pas encore parus.

1-4 La Loi du 9 Août 2004, relative à la politique de santé publique, dans son chapitre 3, article 98, complète les 2 précédents articles L. 4133-1 et 6155-1 :

Elle inclut les Hôpitaux des Armées (L. 4133-7) ainsi que de nouveaux professionnels de santé : les chirurgiens dentistes (L. 4143-1), les sages-femmes (art L. 4153-1), les préparateurs en pharmacie (article L. 4242-1).

Elle renforce la définition initiale de la FMC en introduisant la notion d'amélioration de la qualité des soins et du mieux être des patients.

L. 4133-1 :

*La Formation Médicale Continue a pour objectif **le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux être des patients**, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique.*

La notion d'obligation est de nouveau soulignée :

*L. 4133-1 : ...La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les **personnels mentionnés à l'article L. 6155-1**.*

Le respect de cette obligation fait l'objet d'une validation :

*L. 4133-1 :Les professionnels de santé visés au deuxième alinéa du présent article sont **tenus de transmettre au Conseil Régional de la Formation Médicale Continue** mentionné à l'article L. 4133-4 les **éléments justifiant de leur participation** à des actions de formation agréées, à des programmes d'évaluation, réalisés par un organisme agréé ou attestant qu'ils satisfont, à raison de la nature de leur activité, au respect de cette obligation.*

Pharmaciens inscrits à l'ordre

Dans l'article L. 4236-1 : *L'entretien et le perfectionnement des connaissances* est remplacé par « *Perfectionnement des connaissances et l'amélioration du service rendu* ».

1-5 Le décret du 14 Novembre 2003 a installé les 3 Conseils Nationaux de Formation Continue (CNFMC)

- Pour les personnels relevant de l'article L.6155-1 (CNFMCH),
- Pour les médecins salariés, non hospitaliers (CNFMCS),
- Pour les médecins libéraux (CNFMCL).

Ainsi, la formation continue des pharmaciens hospitaliers relève du Conseil National de Formation Médicale Continue des personnels hospitaliers (CNFMCH).

A contrario, la formation continue des autres pharmaciens inscrits à l'Ordre (pharmaciens hospitaliers des établissements privés, industriels, officinaux, grossistes-répartiteurs) relève du Conseil National de la Formation Pharmaceutique Continue (CNFPC).

1-6 Les décrets du 2 Juin 2006 organisent :

- les Conseils Régionaux et les modalités d'évaluation pour les médecins et les personnels relevant de l'article L. 6155-1 (décret n° 2006-650),
- le Conseil National de la Formation Pharmaceutique Continue ainsi que les Conseils Régionaux et Interrégionaux pour les pharmaciens, à l'exclusion de ceux exerçant en établissement de santé public ou participant au service public hospitalier (décret n° 2006-651).

2. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

2-1 La Loi du 13 Août 2004, relative à l'assurance maladie rend obligatoire dans son article 14 **l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)**. Cette évaluation de pratiques ne concerne que les médecins.

Article L.4133-1-1 :

« *L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les **médecins mentionnés à l'article L. 6155-1** et les médecins exerçant dans les établissements de santé privés.* »

De plus, cette loi inclut dans son article 16, un chapitre particulier sur **l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle**, éventuellement destinée aux médecins soumis à l'obligation d'assurance :

Article L. 4135-1 : « *les médecins ou les **équipes médicales** d'une même spécialité exerçant en établissement de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée dans les conditions mentionnées à l'article L. 1414-3-3. L'accréditation est valable pour une durée de 4 ans. Les résultats de la procédure d'accréditation sont publics. Les médecins et les équipes médicales engagés dans la procédure d'accréditation ou accrédités transmettent à la Haute Autorité de Santé les informations nécessaires à **l'analyse des évènements médicaux indésirables.*** »

« *Un décret précise les conditions de mise en œuvre du présent article et notamment les conditions dans lesquelles la demande d'accréditation peut être réservée aux médecins exerçant certaines **spécialités particulièrement exposés au risque professionnel.*** »

Un Décret du 21 Juillet 2006 en fixe les modalités et définit la liste des spécialités concernées.

2-2 Le décret du 14 Avril 2005, relatif à l'EPP, redéfinit les objectifs et les modalités. Il réunit pour les médecins les deux entités FMC et EPP.

Article D. 4133-0-1 : « *L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 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.* »

« *Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée et validée par la Haute autorité de Santé et inclut la mise en oeuvre et le suivi d'actions d'améliorations de pratiques.* »

« **L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la Formation Médicale Continue.** »

2-3 Le décret du 20 Juillet 2005 :

- Change la numérotation de l'article D. 4133-0-1 qui devient l'article D. 4133-23,
- Abroge l'article D. 4133-0-2,
- Insère trois autres articles (4133-24, 25 et 26) qui reprend les éléments de l'article 4133-0-02.

Article D. 4133-24 :

Tout médecin satisfait à l'obligation d'évaluation mentionnée à l'article L.4133-1-1 dès lors que sa participation au cours d'une période maximale de cinq ans à un ou plusieurs des dispositifs mentionnés aux articles D. 4133-25 et D. 4133-26 atteint un degré suffisant pour garantir, dans des conditions définies par la Haute Autorité de Santé après avis des Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue compétents, le caractère complet de l'évaluation.

Le respect de cette obligation est validé « par une Commission placée auprès du Conseil Régional de l'Ordre des médecins », modifié par le décret du 2 Juin 2006 en : « ... Par le Conseil Régional de la Formation Médicale Continue... ».

L'article D. 4133-25 décrit les modalités de l'évaluation des :

- Médecins libéraux (1° alinéa),
- Médecins salariés en établissement de santé (2° alinéa),
- Médecins salariés n'exerçant pas en établissement de santé (3° alinéa).

Le tableau suivant reprend les différents éléments de l'article D. 4133-25 :

<i>Catégorie professionnelle</i>	<i>Organisation et évaluation</i>
Médecins libéraux.	Union Régionale des Médecins Libéraux.
Médecins salariés exerçant en établissement de santé.	Selon le type d'établissement : Commission Médicale d'Établissement, Commission Médicale ou Conférence Médicale d'Établissement.
Médecins salariés n'exerçant pas en établissement de santé.	Organisme agréé par l'HAS.

L'accomplissement de chaque évaluation donne lieu à l'établissement d'un certificat :

- Pour les médecins qui en relèvent : par l'Union Régionale des Médecins Libéraux,
- Par la Commission Médicale d'Etablissement, la Commission Médicale ou la Conférence Médicale pour les médecins salariés hospitaliers,
- Par l'organisme agréé pour les médecins salariés non hospitaliers (article D. 4133-28).

Une copie du certificat est adressée au Conseil Régional de la Formation Médicale Continue (article D. 4133-28).

Validation des EPP en établissement de santé

	EPP Individuelle	EPP Collective	EPP Certification	EPP Accréditation
<i>Type</i>	Libre	Libre ou lien avec projet médical ou institutionnel	Ref. 40 (ex 44) 41 (ex 45), 42 (ex 46)	Spécialités à risques
<i>Pilotage</i>	Organisme agréé	Sous-commission de la CME et Médecin Expert Extérieur (habilité HAS)	Sous-commission de la CME	Organisme agréé et HAS
<i>Validation</i>	CME CRFMC (Conseil Régional de la Formation Médicale Continue) CDOM (Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins)			

Source : évaluation des pratiques professionnelles – espace EPP – www.has-sante.fr – service de l'évaluation des pratiques, Avril 2006.

Les organismes qui concourent à l'EPP sont agréés par l'HAS (article D. 4133-29).

Les médecins dits experts sont habilités par l'HAS, après avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins (article D. 4133-30).

3. CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE

Si les pharmaciens hospitaliers ne sont pas concernés, à titre individuel, à l'évaluation des pratiques professionnelles, ils peuvent l'être collectivement, dans le cadre de la procédure de certification des établissements.

L'HAS met à disposition un guide « *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de la certification des établissements de santé* », qui complète le manuel édité par l'HAS sur la seconde version de la procédure de certification.

3-1 Loi du 13 Août 2004

Article L. 6113-2 : « *Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique **d'évaluation des pratiques professionnelles**, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience. La Haute Autorité de Santé contribue au développement de cette évaluation. L'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art.* »

3-2 L'Ordonnance du 2 Mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements, complétée par celle du 1^{er} Septembre 2005, instaure au niveau de la CME une **sous-commission spécialisée chargée de l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** (article L. 6144-1).

Article L. 6144 -1 : « [...] II. La Commission Médicale d'Etablissement comporte au moins une sous **commission spécialisée**, créée par le règlement intérieur de l'établissement, en vue de participer par ses avis à l'élaboration de la politique d'amélioration de la **qualité et de la sécurité des soins**, notamment en ce qui concerne :

- 1° *Le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé mentionnés à l'article L. 5311-1,*
- 2° *La lutte contre les infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 6111-1,*
- 3° *La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et à l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5126-5,*
- 4° *La prise en charge de la douleur mentionnée à l'article L. 1112-4.*

3-3 Le décret du 7 Juillet 2005, relatif aux Conseils d'administration, aux Commissions médicales et aux Comités techniques des établissements publics de santé, (dont la codification sera modifiée ensuite par le décret du 20 Juillet 2005) et **pris en application de l'Ordonnance du 2 Mai 2005, rappelle au R. 6144-1** les missions de la CME en matière de formation continue et d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles.

Article R. 714-16, devenu le R. 6144-1 :

La Commission Médicale d'Etablissement :

*3° Organise la **formation continue prévue** à l'article L. 4133-1 et **l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles** prévue à l'article L. 4133-1-1 en préparant, avec le Directeur dans les hôpitaux locaux et avec le Conseil exécutif dans les autres établissements publics de santé, les plans de formation des praticiens mentionnés à l'article L. 6155-1 et les actions d'évaluation des médecins mentionnés au même article. Elle examine, en formation restreinte, les mesures relatives au respect de l'obligation de formation continue prises par les Conseils régionaux mentionnés à l'article L. 6155-3 en vertu des 2° et 3° de l'article L. 4133-4 ainsi que les conclusions des organismes agréés chargés de l'évaluation des praticiens mentionnée à l'article L. 4133-1.*

Elle certifie, en formation restreinte, l'accomplissement de chaque évaluation des pratiques professionnelles dans les conditions définies par le décret prévu à l'article L. 4133-1-1. Lorsque ces évaluations n'ont pas été conduites avec le concours d'un organisme agréé par la Haute Autorité de Santé, la Commission délivre les certificats après avis d'un médecin expert, praticien hospitalier, extérieur à l'établissement et désigné selon des modalités définies par la Haute Autorité de Santé.

3-4 Le décret du 15 Mai 2006 relatif aux sous-commissions de la Commission Médicale d'Etablissement développe les missions de la (ou des) **sous-commission(s)** chargée(s) de la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, avec notamment :

- **L'évaluation des pratiques** des différents secteurs d'activité,
- L'élaboration **d'un programme d'actions**,
- L'élaboration **de recommandations en matière de formation** des personnels (R. 6144-30-1).

Article R. 6144-30-1 :

« La ou les sous-commissions mentionnées au II de l'article L. 6144-1 contribuent par leurs avis et propositions à la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le ou les domaines qui leur sont attribués.

A cet effet, sans préjudice des dispositions législatives ou réglementaires spécifiques aux différents domaines traités, chaque sous-commission :

- 1° Participe à l'évaluation des pratiques des différents secteurs d'activité de l'établissement,
- 2° Apprécie l'impact de la mise en œuvre de ces mesures adoptées par le Conseil d'administration,
- 3° Elabore un programme annuel d'actions et formule des recommandations notamment en matière de formation des personnels.

Chaque sous-commission rend compte de ses analyses et activités dans un rapport annuel. ».

Tableau récapitulatif des principaux textes

<i>FMC</i>	<i>EPP</i>	<i>Certification</i>
Ordonnance du 24 Avril 1996. Loi du 4 Mars 2002. Loi du 9 Août 2004.	Loi du 13 Août 2004.	Loi du 13 Août 2004. Ordonnance du 2 Mai 2005.
Décret du 14 Novembre 2003. Décrets du 2 Juin 2006.	Décret du 14 Avril 2005. Décret du 20 Juillet 2005.	Décret du 7 Juillet 2005. Décret du 15 Mai 2006.
Arrêté du 13 Juillet 2006.		

ACCREDITATION

Procédure d'agrément des médecins et des équipes médicales, ayant satisfaits à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles, selon un dispositif volontaire de gestion des risques, visant à améliorer la pratique médicale (HAS).

AUDIT PROCESSUS

C'est auditer le pilotage, auditer chaque étape, par rapport à la conformité et auditer l'efficacité de chaque activité et la performance du processus. (K. Bouguerra).

Vérifier si le processus est capable de produire des services ou produits conformes et satisfaisant le client (Cegos).

AUDIT QUALITE

Processus méthodique indépendant et documenté permettant d'obtenir des preuves d'audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audit sont satisfaits (norme ISO 9000).

AUDIT SYSTEME

Vérifie que le système de management de la qualité est en place, se développe de manière efficace (Cegos).

CERTIFICATION

Procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels de santé, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelles, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques, La certification vise à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients dans les établissements de santé (L. 6113-3). Depuis la Loi du 13 Août 2004 de l'assurance maladie, le terme « *certification des ETS* » remplace « *accréditation* » qui est désormais réservé à la procédure concernant les médecins et les équipes médicales.

EVALUATION

Opération qui consiste à estimer, à apprécier, à porter un jugement de valeur ou à accorder une importance à une personne, à un processus, à un évènement, à une institution ou à tout objet à partir d'informations qualitatives et/ou quantitatives et de critères précis en vue d'une prise de décision (R .Legendre : dictionnaire actuel de l'éducation 1993/P.Hemery).

Processus qui détermine le degré avec lequel des services ou des interventions effectués atteignent des objectifs définis. La performance doit être comparée à des standards ou des attentes (Base documentaire de santé publique/P. Hemery).

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

« Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée et validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en oeuvre et le suivi d'actions d'améliorations de pratiques ».

« L'évaluation des pratiques professionnelles ... a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé ».

(Décret du 14 avril 2005).

Elle recouvre l'ensemble des démarches d'amélioration des activités de soins (HAS).

Il s'agit d'une démarche individuelle et/ou collective intégrée dans son exercice quotidien.

Evaluation intégrée à l'exercice médical et incluse dans une démarche organisée aux pratiques (Pr. Chabot).

FORMATION MEDICALE CONTINUE

« La Formation Médicale Continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique » (L. 4133-1 - Loi du 9 Août 2004).

PRATIQUE

Toute application de règles, de principes qui permet d'effectuer concrètement une activité, qui permet donc d'exécuter des opérations, de se plier à des prescriptions (P.Hemery).

PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives (HAS, Juin 2005).

PROCESSUS

Ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie (norme ISO 9000).

QUALITE DES SOINS

Garantie que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures (Définition OMS).

CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens)

Fixe les objectifs relatifs à la sécurité des soins et à l'amélioration continue de la qualité, notamment en ce qui concerne la gestion des risques, le respect des recommandations de bonnes pratiques et le développement des EPP (DHOS).

RECOMMANDATION PROFESSIONNELLE

Proposition développée selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans les circonstances cliniques données. Elles sont établies à partir de preuves scientifiques publiées et des opinions d'experts (HAS 2005).

PERFECTIONNEMENT DES CONNAISSANCES

Mise à niveau des connaissances, après la formation initiale, pendant l'exercice professionnel.

V. ABREVIATIONS

ACC	Audit Clinique Ciblé
ALARM	Assessing LArge scale Risks for biodiversity with tested Methods
AMDEC	Analyse des Modes de Défaillance de leurs Effets et de leur Criticité
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APPIT	Association des Professeurs de Pathologie Infectieuse et Tropicale
CBU	Contrat de Bon Usage
CCLIN	Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CFPC	Conseil de Formation Pharmaceutique Continue
CIFPC	Conseil Interrégional de Formation Pharmaceutique Continue
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME	Commission Médicale d' Etablissement
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNFPC	Conseil National de Formation Pharmaceutique Continue
CNFMCH	Conseil National de Formation Médicale Continue Hospitalière
CNFMCL	Conseil National de Formation Médicale Continue des Libéraux
CNFMCS	Conseil National de Formation Médicale Continue des Salariés
CNOP	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRFMC	Conseil Régional de Formation Médicale Continue
CRFMCH	Conseil Régional de Formation Médicale Continue Hospitalière
CRFMCS	Conseil Régional de Formation Médicale Continue des Salariés

CRFMCL	Conseil Régional de Formation Médicale Continue des Libéraux
CRFPC	Conseil Régional de Formation Pharmaceutique Continue
CR/IFPC	Conseil Régional ou Interrégional de Formation Pharmaceutique Continue
CROM	Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
CSP	Code de la Santé Publique
CTIN	Comité Technique des Infections Nosocomiales
DCI	Dénomination Commune Internationale
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DU	Diplôme Universitaire
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
FMC	Formation Médicale Continue
FPC	Formation Pharmaceutique Continue
FPI	Formation Pharmaceutique Initiale
FSEI	Fiche de Signalement des Effets Indésirables
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
INCISO	surveillance de l'INCidence des Infections du Site Opérateur
ISMP	Institute for Safe Medication Practices
LEEM	LEs Entreprises du Médicament
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
REIPS	Revue des Evénements Indésirables liés aux Produits de Santé
RMM	Revue de Morbi-Mortalité
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SFHH	Société Française d'Hygiène Hospitalière
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SPILF	Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
UFR	Unité de Formation et de Recherche
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SITES UTILES

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- Décret n° 95-284 du 14 Mars 1995, portant Code de déontologie des pharmaciens et modifiant le Code de la santé publique abrogé par le décret du 29 Juillet 2004, et remplacé par les articles R. 4235-1 à R.4235-67.
- Décret n° 95-100 du 06 Septembre 1995 portant Code de déontologie médicale, abrogé par le décret du 29 Juillet 2004 et remplacé par les articles R. 4127-1 à R. 4127-112.
- Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
- Loi n° 2002-303 du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : (Loi KOUCHNER).
- Décret n° 2003-1077 du 14 Novembre 2003 relatif aux Conseils Régionaux et au Comité de Coordination de la Formation Médicale Continue prévus aux articles L. 4133-3 et L. 6155-2 du Code de la santé publique.
- Loi n° 2004-806 du 09 Août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n° 2004-810 du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie.
- Décret n° 2004-1139 du 26 Octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de Santé et modifiant le Code de la Sécurité Sociale et le Code de la santé publique.
- Ordonnance n° 2005-406 du 02 Mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- Décret n° 2005-346 du 14 Avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.
- Décret n° 2005-767 du 07 Juillet 2005 relatif aux Conseils d'administration, aux Commissions médicales et aux Comités techniques des établissements publics de santé et modifiant le Code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'état).
- Décret n° 2005-839 du 20 Juillet 2005 relatif à certaines dispositions réglementaires de la sixième partie du Code de la santé publique.
- Ordonnance n° 2005-112 du 01 Septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière.
- Décret n° 2006-550 du 15 Mai 2006 relatif aux sous-commissions de la Commission Médicale d'Établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du Code de la santé publique et modifiant le même Code (dispositions réglementaires).

- Décret n° 2006-650 du 02 Juin 2006 relatif à la Formation Médicale Continue et modifiant la quatrième partie du Code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- Décret n° 2006-651 du 02 Juin 2006 relatif à la Formation Pharmaceutique Continue et modifiant la quatrième partie du Code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- Décret n° 2006-652 du 2 Juin 2006 relatif à la formation continue odontologique et modifiant la quatrième partie du Code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- Décret n° 2006-653 du 02 Juin 2006 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.
- L'Arrêté du 13 Juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la Formation Médicale Continue.
- Décret n° 2006-909 du 21 Juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissement de santé.

AUTRES TEXTES

Haute Autorité de Santé (HAS)

Evaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé : Modalités pratiques d'organisation et de validation de l'EPP dans les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier (Version 1 - Mai 2007).

SITES INTERNET

- Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr
- Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue : www.cnfmc.fr
- UNAFORMEC : www.unaformec.org
- Conseil National en Expertise Hospitalière : www.cneh.fr
- URCAM : www.urcam.assurance-maladie.fr

VII. REMERCIEMENTS

L'institut APHIF Industrie tient à remercier les personnes suivantes, sans lesquelles cette brochure n'aurait pu se réaliser.

INTERVENANTS

Madame Isabelle METZGER et Monsieur le Docteur Jean-Pierre NORMAND (CH Versailles)

- ✚ EPP de la théorie à la pratique

Monsieur le Professeur Jean-Michel CHABOT (HAS)

- ✚ EPP service médical rendu

Madame Anne Carole BENSADON (DHOS)

- ✚ EPP les différents dispositifs

Mesdames Nadine LEVALLOIS et Geneviève ROBLES (Montpellier)

- ✚ EPP en Pharmacie Hospitalière

Monsieur le Docteur Patrick BEAUVÉRIE (P.Guiraud Villejuif)

- ✚ Certification et EPP
- ✚ Expérience à la PUI de Paul Guiraud

Madame Marie-Anne CLERC (CHU Angers)

- ✚ EPP mise en place au CHU

Monsieur le Docteur Thierry MARQUET (Président API)

- ✚ Contribution de l'Industrie Pharmaceutique à la FMC, thèmes, financements, agréments

Monsieur Patrick HEMERY (Policlinique St Roch, Montpellier - Groupe OC Santé)

✚ EPP et PUI

Madame Kalia BOUGUERRA (CEGOS)

✚ L'Audit processus comme accélération de progrès

Monsieur le Professeur Pierre SADO (CNFMC)

✚ FMC et EPP

Madame Edith DUFAY (CH Lunéville)

✚ Revue des évènements indésirables liés aux produits de santé

Monsieur le Docteur Jean-Loup GOULAY (Paris V)

✚ Les Universités face au challenge de la formation permanente

Monsieur le Docteur Michel DORÉ (UNAFORMEC)

✚ EPP et FMC

Monsieur le Docteur Patrick NACHIN (RéQua)

✚ Le regard d'un expert visiteur sur l'EPP

Messieurs les Docteurs Stéphane DAVID et Didier LACAPELLE (Département FMC AP-HP)

✚ La FMC à l'AP-HP

REDACTEURS DE LA BROCHURE

Valérie ARCHER	Henri Mondor
Christophe BARDIN	Hôtel Dieu
Amel BELLAG	AP-HP
Dominique DOURY	Gonesse
Pascale DUGAST	CH Longjumeau
Claudine GARD	Hôpital Charles Richet
Catherine GUAY	Schering Plough
Christine HOUSSET	CH Argenteuil
Michelle LEBAS-CERTAIN	Ambroise Paré
Evelyne LEDRU-PROTO	CH Orsay
Patricia LEGONIDEC	CH Meaux
Gilles LE PALLEC	AGEPS
Raphaèle LORIEAU-THIBAULT	AstraZeneca
Catherine PETRISSANS	AP-HP
Philippe PIHOUEE	Rothschild
Laurence PISANTE	CH Montfermeil
Valérie PRIEUR	Novartis
Florence RIVAULT	Wyeth Lederle
Sandrine ROY	Hôpital Robert Debré
Béatrice SAMYN	CH St Cloud
Véronique TOURNIER	CH Colombes
Hervé TROUT	Lariboisière

RELECTEURS

Patrice BRETTELLE	Celgene
Sabine GUESSANT	Hôpital Tenon
Didier LEFEVRE	Sanofi-Aventis
Michèle MOUNIER	Hôpital de Perray-Vaucluse

L'institut APHIF Industrie tient également à remercier les laboratoires adhérents pour leur active participation à l'élaboration de cette brochure.

ACTELION	Emmanuel	GUTTIEREZ
AIR LIQUIDE SANTÉ	Christophe	RAVEAU
ASTRAZENECA	Raphaèle	LORIEAU-THIBAUT*
BMS	Laurent	PETIT
BMS	Claire	QUENECHDU
BMS	Fabienne	DEBRADE
CELGENE	Patrice	BRETELLE**
CHUGAÏ	Philippe	CROUZIER
GSK	Caroline	LAGALLARDE
JANSSSEN CILAG	Denyse	DJIAN
LFB	Bernard	COLLIN
LFB	Béatrice	DECIEUX
LILLY	Brigitte	ZAMARON
MERCK LIPHA SANTÉ	Catherine	LOISEAU
MSD CHIBRET	Caroline	TENNESON
NOVARTIS	Valérie	PRIEUR*
PFIZER	Melody	GAL
RATIOPHARM	Maurice	GUILLARD
ROCHE	Laurence	PONS
SANOFI-AVENTIS	Didier	LEFEVRE**
SCHERING PLOUGH	Catherine	GUAY*
LABORATOIRES SERVIER	Françoise	PEYNAUD
WYETH LEDERLE	Florence	RIVAUULT*

* rédacteurs de la brochure

** relecteurs

Les réunions de l'Institut APHIF Industrie et la réalisation de la brochure ont été coordonnées et animées avec le concours de Martine ROUAUD (Emergence Pharma) et de Jean-Patrick MARQUER (JPM Conseil). La mise en page a été réalisée par Nadya RAPHET (NOÏ).

PHARMACIENS HOSPITALIERS : PARTICIPANTS AUX REUNIONS

Valérie ARCHER	Henri Mondor
Christophe BARDIN	Hôtel Dieu Paris
Rui BATISTA	Paris
Amel BELLAG	AP-HP
Guy BENOIT	Hôpital Trousseau
Christine BIOU	Institut Montsouris
Xavier BOHAND	Percy Clamart
Marie-Christine BOUBON-SAGNIER	Hôpital de Coulommiers
Mounira BOUMAIZA	CH Etampes
Monique BRALET	Paris
Sylvie BURNEL	Boulogne
Martine COLLAS	EPS de Fresnes
Dominique DOURY	CH Gonesse
Pascale DUGAST	CH Longjumeau
Abdel EL BOUHMADE	CH Gisors
Jean FAUX	CH Gisors
Claudine GARD	Hôpital Richet
Nicolas GERONDEAU	CH Sèvres
Sabine GUESSANT	Tenon
Christine HOUSSET	Argenteuil
Marie-Caroline HUSSON	CNIMH
Caroline LANDRY	CH Dourdan
Stéphanie LAUSSINE-SAUTY	CH Gonesse
Michelle LEBAS-CERTAIN	Ambroise Paré
Evelyne LEDRU-PROTO	CH Orsay
Patricia LEGONIDEC	CH Meaux
Gilles LE PALLEC	AGEPS

Mady LETAILLEUR	Hôpital Foch Suresnes
Michèle MOUNIER	Hôpital de Perray-Vaucluse
Catherine PETRISSANS	AP-HP
Philippe PIHOUEE	Hôpital Rothschild
Laurence PISANTE	CH Montfermeil
Martine POSTAIRE	Necker Enfants Malades
Sandrine ROY	Robert Debré
Farahna SAMDJEE	CH Versailles
Béatrice SAMYN	CH St Cloud
Amélie SOHM	CH Lunéville
Laurent SUFFISSEAU	Hôpital du Perpétuel Secours
Véronique TOURNIER	CH Colombes
Hervé TROUT	Lariboisière
Maryvonne VILLART	R. Poincaré Garches
Elisabeth VIRIOT	CH Neuilly
Gérard WILLOQUET	EPS Ville Evrard