



LA QUALITE DES SOINS INFIRMIERS : EN PRATIQUE

Agnès Jacquerye
ajaquery@ulb.ac.be
Conseiller méthodologique
en qualité et sécurité des patients
Hôpital Erasme
Cliniques Universitaires de Bruxelles

21 Avril 2008

Bruxelles

Plan poursuivi

1. Comment évaluer les soins administrés aux patients : évolution **avant 1980** après **2000**
2. L'évaluation interne et externe
3. L'audit ciblé
4. Conclusion: réflexions
5. Les ateliers

COMMENT EVALUER LES SOINS ADMINISTRES AUX PATIENTS ?

Avant les années 1980

- Les soins de qualité auprès du patient: comment?
- Apprentissage des techniques de soins à l'École d'infirmières
- Diplôme
- "je suis compétente"
- Je réalise de bon soins



COMMENT DECRETE-T-ON QUE LES PRESTATIONS FOURNIES SONT DE QUALITE ? LA MESURE

"**Sans mesurer**, on ne peut parler de qualité.

Pour mesurer, il faut comparer.

Pour comparer, on se base sur un référentiel qui représente l'idéal

Pour évaluer, on interprète l'écart entre la situation observée et l'idéal.

COMMENT EVALUER LES SOINS ADMINISTRES AUX PATIENTS?

Après les années 1980

- **L'idéal**
Procédures de soins
des écoles d'infirmières
traduites en critères
mesurables

**Procédures de soins
De l'hôpital traduites
En critères mesurables**



COMMENT EVALUER LES SOINS ADMINISTRES AUX PATIENTS?

Après les années 1980

- **Examen des dossiers
des patients sortis de
l'hôpital**

**Evaluation
de manière rétrospective
sur base de critères
implicites et explicites**



Maelström
Un tourbillon de connaissances...



Recherche- EBMvidence et qualité
Quelle différence ?

La Recherche : recherche du meilleur traitement
validation de l'indicateur de qualité
Should we do it? How should we do it?

= **recommandations basées sur**
des preuves scientifiques

L'Evaluation Q : application du meilleur traitement
application des recommandations
traduites en critères de mesure, en
indicateurs

Did we do it? How did we do it?

Points communs : bases scientifiques

CONSTATS A PARTIR DE 2000

1. Création de Centres de Recherche et de Recommandations



CONSTATS A PARTIR DE 2000

Recommandations pour la pratique clinique

Qui rédige?

Les organismes professionnels

Les Centres de références

AHRQ (Rockville) Agence pour la Recherche
et la Qualité en santé

HAS (Paris) Haute Autorité de Santé

CDC (Atlanta) Center of Disease Control

NHS (Londres) National Health Services

CONSTATS A PARTIR DE 2000

2. Congrès internationaux : partage d'expériences
3. Evolution de l'informatique
4. Evolution matériel médical
5. Charte des droits des patients



CONSTATS A PARTIR DE 2000

1. Les soins sont plus sophistiqués
2. Les techniques progressent
3. La société change ainsi que le personnel dans les institutions de soins
4. La mondialisation



CONSTATS A PARTIR DE 2000

1. Les soins infirmiers deviennent visibles : RIM
2. Les soins médicaux deviennent visibles: RCM
3. Performance, efficacité,...
4. Multidisciplinarité
5. Transmuralité
6. Tableaux de bord

"Evidence Based Medicine (EBM)"

- La Médecine fondée sur les preuves
Intégration des meilleures données de la recherche des préférences du patients et de la compétence clinique du soignant *(Houngnes, 2003)*

Evidence Based Health Care (EBHC)

"Clinical practice guidelines"

Recommandations professionnelles
Recommandations de bonnes pratiques
Recommandations pour la pratique clinique (RPC)

"Propositions explicites pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données" (Has, 2005)

- Basées à partir :
 - des preuves scientifiques publiées
 - des opinions d'experts
 - des conférences de consensus
 - de la législation

COMMENT EVALUER LES SOINS ADMINISTRES AUX PATIENTS?

Après les années 1990

Méthode explicite : 1. Définir des critères de qualité (EBM) sur une pratique donnée
2. Mesurer les pratiques réelles
3. Mettre en oeuvre les actions visant à faire converger la pratique constatée vers les critères retenus

(adapté de Giraud, 1992)

Grade des recommandations (1)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
Niveau 1 <ul style="list-style-type: none">- Essai comparatifs randomisés de forte puissance- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés- Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie

Grade des recommandations (2)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
Niveau 2 <ul style="list-style-type: none">- Essais comparatifs randomisés de faible puissance- Etudes comparatives non randomisés bien menées- Etudes de cohorte	B Présomption scientifique

Grade des recommandations (3)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
Niveau 3 - Etudes cas-témoin	C
Niveau 4 - Etudes comparatives comportants des biais importants - Etudes rétrospectives - Séries de cas - Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	Faible niveau de preuve scientifique

COMMENT DECRETE-T-ON QUE LES PRESTATIONS FOURNIES SONT DE QUALITE ? LA MESURE

"**Sans mesurer**, on ne peut parler de qualité.

Pour mesurer, il faut comparer.

Pour comparer, il faut disposer d'un standard, d'un référentiel, de guides de pratiques professionnelles
(EBN,EBM,EBHC)

Pour évaluer, on interprète l'écart entre la situation observée et le référentiel.

Pour maintenir et améliorer la qualité, il faut appliquer un plan d'interventions.

Pour savoir si l'on a amélioré, il faut à nouveau mesurer."

DEPUIS LES ANNEES 1990 : une synthèse

- **Sur quoi me baser pour réaliser des soins de qualité ?**
 - **Homogénéiser les pratiques au niveau international**
- **Les résultats de la recherche sur les meilleures pratiques**
 - **EBM – EBN – EBHC**
 - **Littérature internationale**
 - **Procédures internationales**
 - **Indicateurs internationaux**
 - **Mesure**
 - **Amélioration**

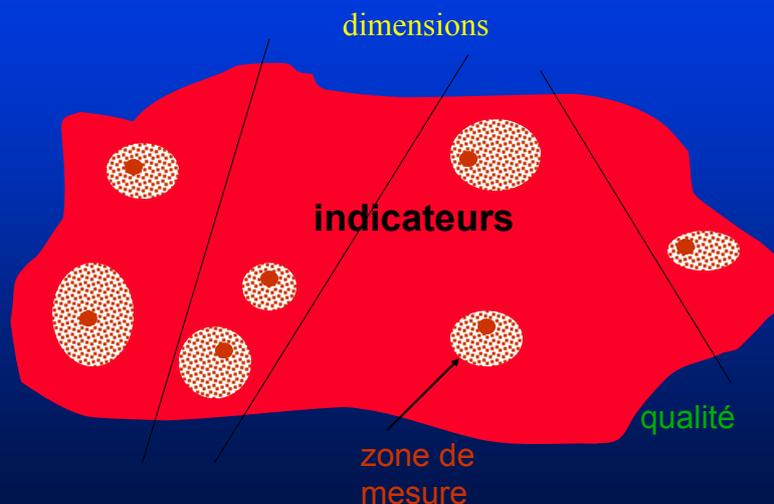
Démarche d'amélioration de la prise en charge de l'infarctus du myocarde

- Démarche fondée sur les preuves pour évaluer la stratégie diagnostique et thérapeutique
- Recommandations professionnelles
- Evaluation de la qualité (maîtrise des délais permettant la réalisation de la thrombolyse)
- Gestion des risques : réduire les risques des techniques et protection du patient

Définition de la qualité des soins

La **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 termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins (OMS)

Que mesurer ?



Les différentes approches des évaluations des pratiques professionnelles (<2004)

Approche linéaire
par processus

Approche
par problème

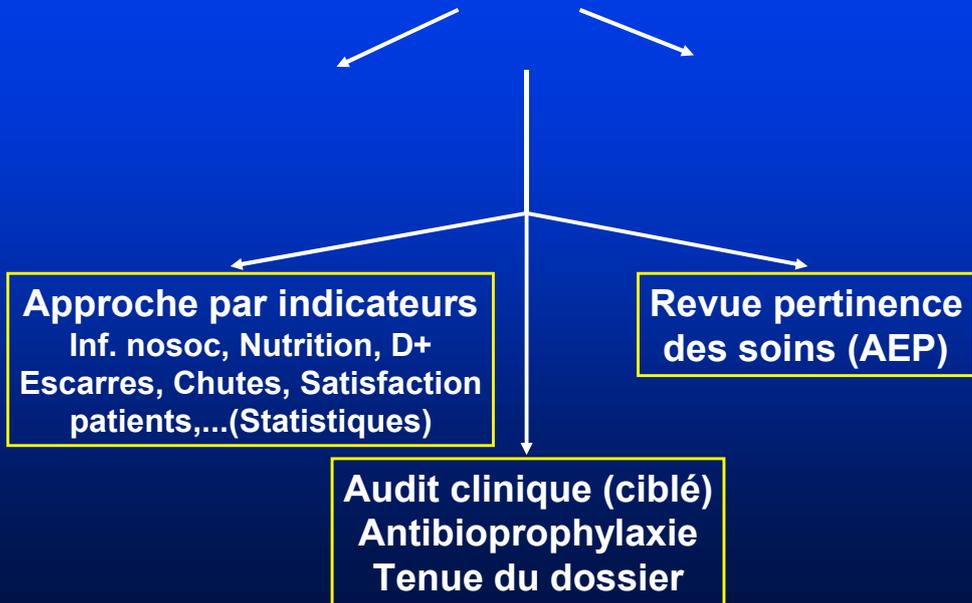
Approche analytique
par comparaison à un référentiel

Approche analytique

Surveiller un phénomène
important et agir
en fonction du résultat

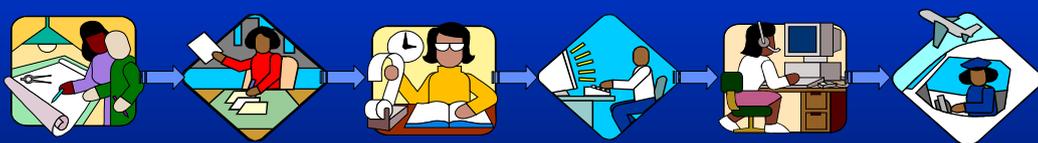
Réaliser le bilan
d'une pratique au regard
de l'état de l'art

Approche analytique



Approche par processus

PAR LA PRISE EN COMPTE DE TOUTE LA CHAÎNE :



PAR DES ENGAGEMENTS AVEC LES DIFFÉRENTS
PARTENAIRES

(Raveleau, 2002)

Approche par processus

Optimiser ou améliorer
1 prise en charge
d'un processus donné



Approche par processus

Chemins cliniques
Transfusions sanguines

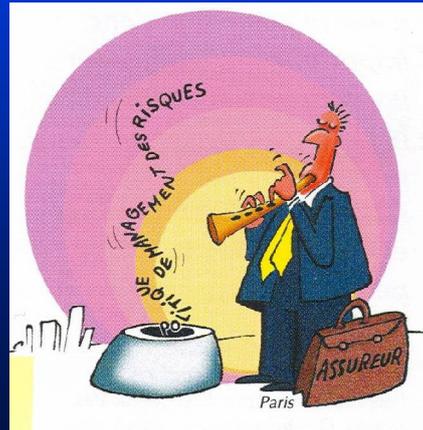


Approche par problème : La gestion des risques

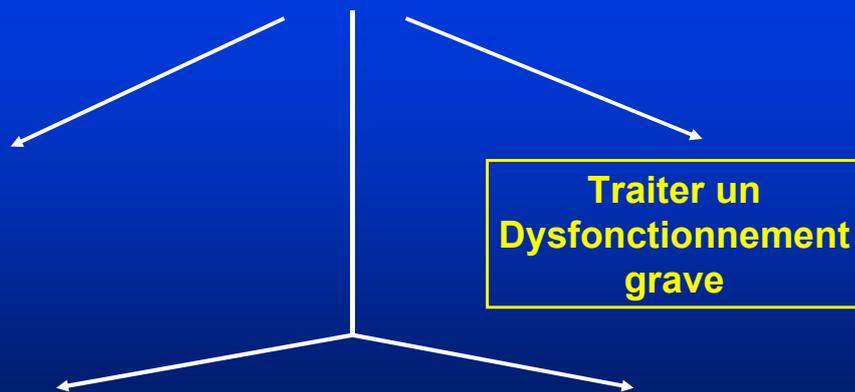
< 1980 EU pression de la
judiciarisation de la médecine;
importance de la iatrogenèse
et des conséquences des
erreurs dans le système de
santé pour les patients



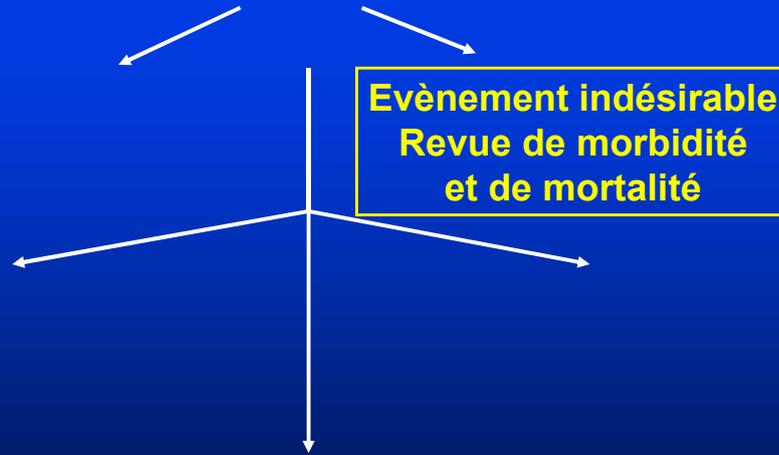
Approche par problème
Approche par résultats



Approche par problème



Approche par problème



L'évaluation des pratiques professionnelles



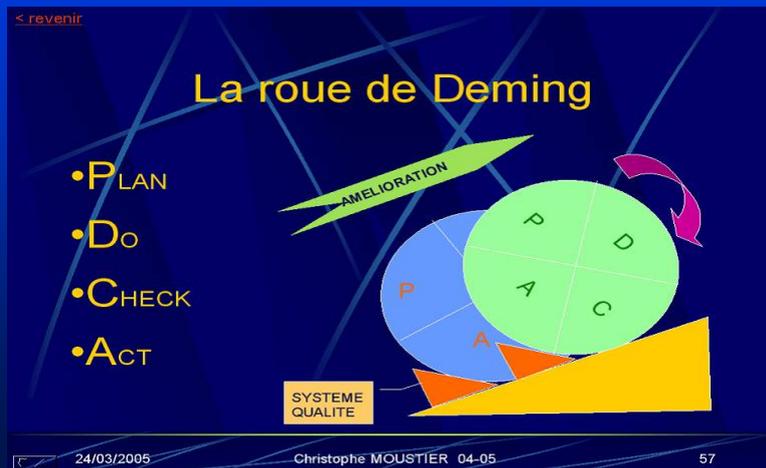
Recouvre
l'ensemble des démarches
d'amélioration des activités de
soins



Programme d'Amélioration
de la qualité



L'amélioration de la qualité



En Belgique Le SPF : contrats Qualité et Sécurité 2007-2012

- **Culture de sécurité des patients**
- **Analyse de processus**
- **Indicateurs**

4. Les évaluations internes et externes



QUI DECRETE QUE LES PRESTATIONS FOURNIES SONT DE QUALITE ?

Au niveau interne

- auto-évaluation dans l'institution (comité qualité)
- auto-évaluation de la profession (visitation)

Au niveau externe

- organismes extérieurs : SPF, HAS
- ligue des usagers
- les médias
- EFQM, prix qualité HP

Les évaluations externes

Institution

Profession

Les évaluations externes

Institutionnelle
Ministère Santé
Accréditation
(Programme ALPHA)
Certification
EFQM
Mutuelle: essai

Professionnelle
Peer Review
(Visite sur site)
Collèges médecins
Conseil fédéral

Evaluation institutionnelle Base législative et réglementaire

- 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'efficacité

La **Haute Autorité de Santé** contribue au développement de cette évaluation

Article L6113-2 du code de la Santé Publique

Evaluation institutionnelle Base législative et réglementaire

- Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée **certification***

* l'article 36 (III – 4ème alinéa) de la loi du 13 août 2004 a remplacé le mot « **accréditation** » par le mot « certification »

Article L6113-3 du code de la Santé Publique

Evaluation institutionnelle Base législative et réglementaire

- Cette procédure, conduite par la **Haute Autorité de santé**, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à **l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement**

Article L6113-3 du code de la Santé Publique

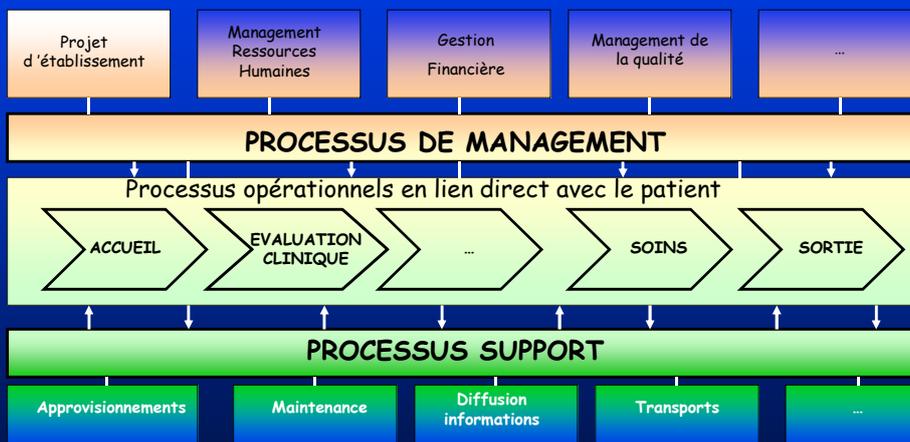
Les "chapitres" du 2^{ème} manuel de certification française

Une architecture fondée sur une approche qualité

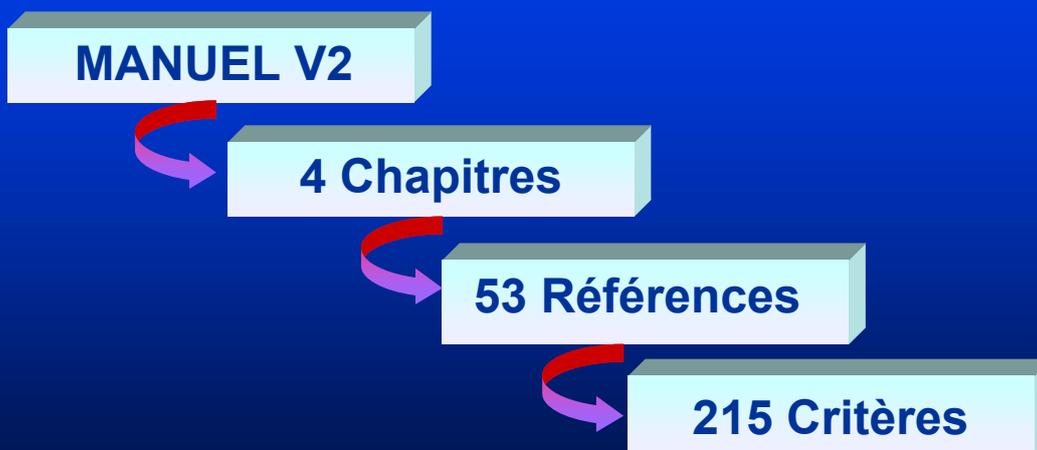
- **Chapitre 1**
 - Politique et qualité du management
- **Chapitre 2**
 - Ressources transversales
- **Chapitre 3**
 - Prise en charge du patient
- **Chapitre 4**
 - Évaluations et dynamiques d'amélioration

Principes de construction du 2^{ème} manuel

Une vision systémique de la qualité



Au total...



La visite d'accréditation



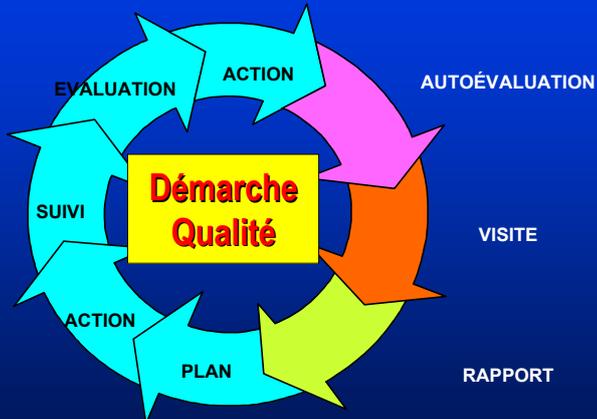
Manuel de l'accréditation V2

- Lecture des références et des indicateurs sur les droits du patient
- www.has-sante.fr

Certification et démarche qualité

• La certification :

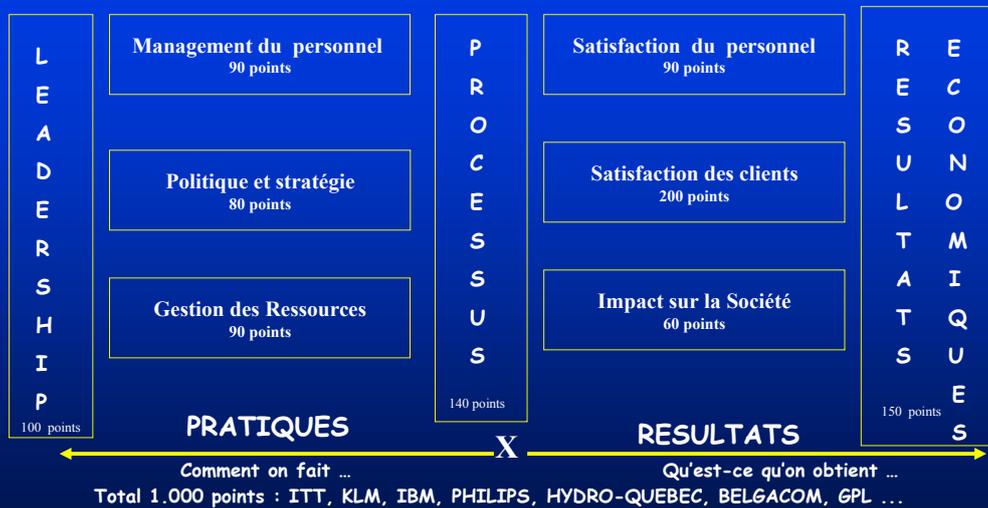
- un temps particulier d'appréciation
- au sein d'un processus continu d'amélioration de la qualité



Certification ISO 9004 Les 8 principes de base

1. L'écoute client
2. Le leadership
3. L'implication du personnel
4. L'approche processus
5. Le management par approche système
6. L'amélioration continue
7. L'approche factuelle pour la prise de décision
8. Les relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs

REFERENTIEL EFQM



AUDIT CLINIQUE CIBLE (ACC)

Approche par comparaison

ETAPE 1 **PLAN : PLANIFIER, ORGANISER**

Choix du thème

- ↪ **Choix du thème à partir de référentiels validés, en fonction de la fréquence de la pratique, du risque encouru par le patient et du potentiel d'amélioration**
- ↪ **Champ de l'étude : nombre d'unités de soins impliquées**
- ↪ **Constitution du groupe de travail et nomination du chef de projet**
- ↪ **Réalisation d'une information sur le projet auprès des professionnels**

DEFINITION DE LA QUALITE

"Je ne sais pas ce que c'est la qualité pourtant, je sens quand il n'y en a pas"

Est-ce un fait concret ?

Est-ce un concept ?

les déclinaisons

LE LANGAGE DE LA QUALITE, EST-CE VRAIMENT SI SIMPLE ?

Echelle des niveaux d'abstraction

Niveau d'abstraction IV ↑		Il faut faire un travail de qualité
Niveau d'abstraction III ↑		
Niveau d'abstraction II ↑		
Niveau d'abstraction I ↑		
Un fait concret ↑	Critère de mesure	Le patient n'a pas été prévenu à temps de l'annulation de sa consultation

LE LANGAGE DE LA QUALITE, EST-CE VRAIMENT SI SIMPLE ?



LE LANGAGE DE LA QUALITE, EST-CE VRAIMENT SI SIMPLE ?

Echelle des niveaux d'abstraction

Niveau d'abstraction IV ↑	La loi de la jungle	Il faut faire un travail de qualité
Niveau d'abstraction III ↑	Un être vivant en détruit un autre	
Niveau d'abstraction II ↑	Un mammifère mange un oiseau	
Niveau d'abstraction I ↑	Un chat mange un canari	
Un fait concret ↑	Gros Minet mange Titi	Le patient n'a pas été prévenu à temps de l'annulation de sa consultation

ETAPE 1 PLAN : PLANIFIER, ORGANISER

Choix des critères

- ☞ **Choix d'un ou plusieurs référentiel(s) d'ACC existants sur le thème choisi**
- ☞ **S'il n'existe pas de référentiel d'ACC, la sélection des critères dans le référentiel existant se fait selon les objectifs de l'établissement ou du service et des répercussions sur la qualité et la sécurité du service rendu au patient**
- ☞ **Construction des grilles de recueil de données et du guide qui les accompagne**

Exemple de critères

- Chirurgie mammaire

ETAPE 1

PLAN : PLANIFIER, ORGANISER

Élaboration du protocole d'étude soit la détermination :

- ⌘ Des critères d'inclusion et d'exclusion
- ⌘ Du type d'étude (rétrospective ou prospective)
- ⌘ Du mode de recueil des données et des sources d'information
- ⌘ De la taille de l'échantillon
- ⌘ Et de la période de l'évaluation

ETAPE 1
PLAN : PLANIFIER, ORGANISER

Élaboration du protocole d'étude soit la détermination :

- ⌘ **Test de la feuille de recueil de données et réajustement le cas échéant**
- ⌘ **Planification de la démarche (diagramme de type Gantt)**
- ⌘ **Organisation d'une réunion d'information pour toutes les unités concernées par l'ACC**

ETAPE 2
DO : RECUEIL DES DONNEES

- ⌘ **Remplissage d'une grille de recueil des données pour chaque pratique évaluée**
- ⌘ **Suivi de l'évolution du recueil des données**

ETAPE 3
CHECK : ANALYSE DES RESULTATS DU
PREMIER TOUR D'ACC

- ↻ **Traitement des données recueillies : calcul de l'écart entre les pratiques (valeurs observées des critères) et le référentiel (valeur attendue des critères ou standart)**
- ↻ **Analyse des résultats**
- ↻ **Recherche des cause des écarts**
- ↻ **Définition des axes d'amélioration**
- ↻ **Rédaction du rapport du premier tour d'audit**

ETAPE 4
ACT : PLAN D'ACTIONS D'AMELIORATIONS

- ↻ **Nomination d'un responsable par action et réalisation d'une fiche action**
- ↻ **Élaboration d'un calendrier de réalisation des actions**
- ↻ **Planification de la période de réévaluation**

ETAPE 5
NOUVEAU RECUEIL DE DONNEES

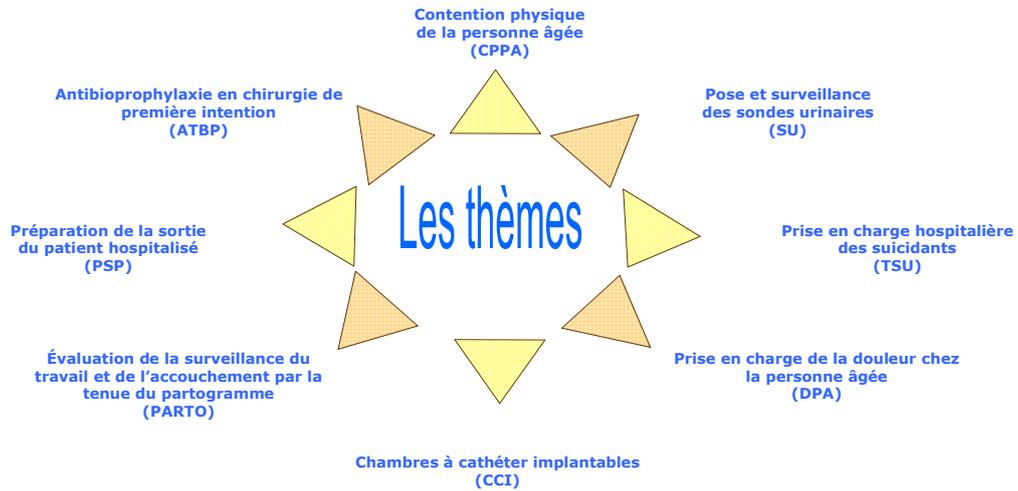
ETAPE 6
ANALYSE DES RESULTATS DU SECOND
TOUR D'ACC

- ↪ **Analyse des résultats**
- ↪ **Comparaison avec les résultats du premier tour**
- ↪ **Recherche des causes des écarts résiduels**

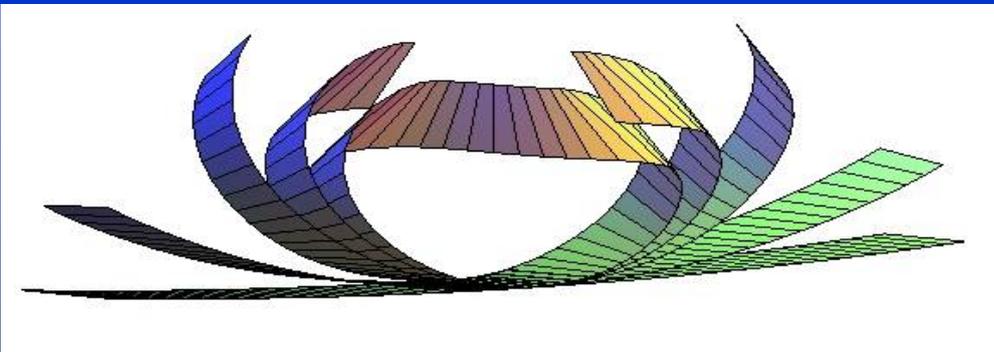
ETAPE 7
IDEALEMENT : MESURE DE L'IMPACT
DES ACTIONS CORRECTIVES, SUR BASE
DES RESULTATS DE LA REEVALUATION

- ↪ **Mise en place de nouvelles actions d'améliorations, si des écarts persistent**
- ↪ **Mise en place d'indicateurs pour suivre l'amélioration induite**

8 thèmes d'Audit Clinique Ciblé



**Conclusion:
Pistes de réflexion**



La qualité des soins est assurée...



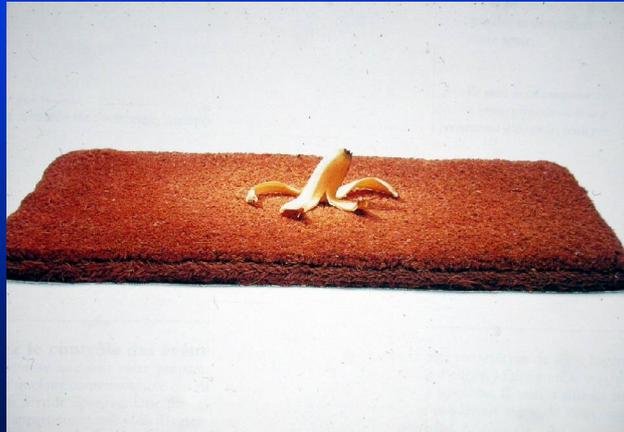
"Rendez-vous, vous êtes cerné !"

Nouveaux métiers



Les Programmes Qualité dans les hôpitaux

Pourquoi est-ce si difficile ?



Tour de Babel



« Les hommes parlent plusieurs langues et ne se comprennent plus »