ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :

DÉPISTAGE DU PATIENT A RISQUE DE DÉNUTRITION

ASUNCION BALLARIN
Infirmière stomathérapeute
clinique nutrition médicale

Hôpital Erasme

ULB

Dénutrition à l'hôpital

Prévalence

40 à 50 % des patients hospitalisés sont dénutris ou à risque de dénutrition

McWihirter, BMJ, 1994.

La perte de poids s'accentue au cours de l'hospitalisation chez **75%** des patients dénutris à l'admission

Winther, J Med, 1994.

La dénutrition s'aggrave en cours d'hospitalisation chez une majorité de patients **70 %**

Weinsier Am J, Clinical Nutrition, 1979

Dénutrition

Définition :

Un processus dynamique qui débute lorsque les apports protéino-énergétiques deviennent insuffisants pour répondre aux besoins de l'organisme

Recommendations HAS, September 2003

La dénutrition s'accompagne d'une diminution de la masse maigre, d'une altération des fonctions physiologiques, cognitives et psychiques

- Déficit musculaire
- Déficit immunitaire
- Défaut de cicatrisation

- Hospitalisation
- Coût
- Morbidité, mortalité

Cynober L, Crenn P, Messing B, 2000

Hôpital Erasme ULB

La détection de la dénutrition

- *Priorités des autorités en matière de santé publique*

- Le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI)

  - Répondre aux exigences des recommandations issues des pratiques Evidence Based

  - Les institutions doivent pouvoir mettre en place des structures permettant une amélioration de la situation

    - Diminution de la prévalence de la dénutrition
    - Amélioration de la qualité du travail infirmier

Objectifs

FREQUENCE **GRAVITE**

le dépistage de la dénutrition est donc un activité importante

Optimaliser le dépistage du risque de dénutrition à l'admission du patient afin de garantir un accompagnement adéquat des patients concernés

Mesurer la prévalence de la dénutrition des patients admis à l'hôpital

Dépister un maximum (100%) de patient bénéficiant d'une prévention et d'accompagnement adéquat

Comment fait-on?

Le Nutritional Risk Screening-2002 (NRS-2002) est un score d'évaluation du risque nutritionnel validé et reconnu par l'ESPEN

Il comprend 2 étapes:

- dépistage (4 questions simples)
- évaluation de l'état nutritionnel ou plutôt du risque de dénutrition.

Outil de dépistage reprenant 4 questions :

- A-t-il un BMI inférieur à 20.5 kg/m² ?
- **A-t-il perdu du poids durant les 3 derniers mois ?**
- A-t-il réduit son apport alimentaire durant la dernière semaine ?
- Est-il sévèrement malade ?

Comment fait-on?

Qui :

- Tous les patients hospitalisés depuis plus de 48 h dans l'hôpital

Quoi :

- Elaboration des procédures de recommandation générale pour la détection du risque de dénutrition

Comment/ pourquoi :

- Diffusion des procédures :
  - Procédures écrites et informatisées
  - Formation et Information
    - poids et la taille à l'admission
    - dépistage du risque de dénutrition, échelle validé NRS 2002

Évaluation :

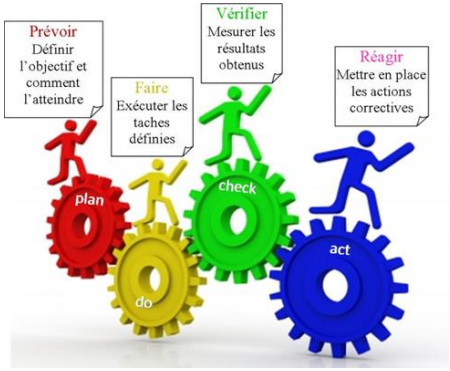
- Feed back personnalisé dans chaque équipe

Méthodologie de l'audit interne

Analyse de type « point-prévalence »

Tous les services ont été audités hors psychiatrie, maternité, pédiatrie, soins intensifs

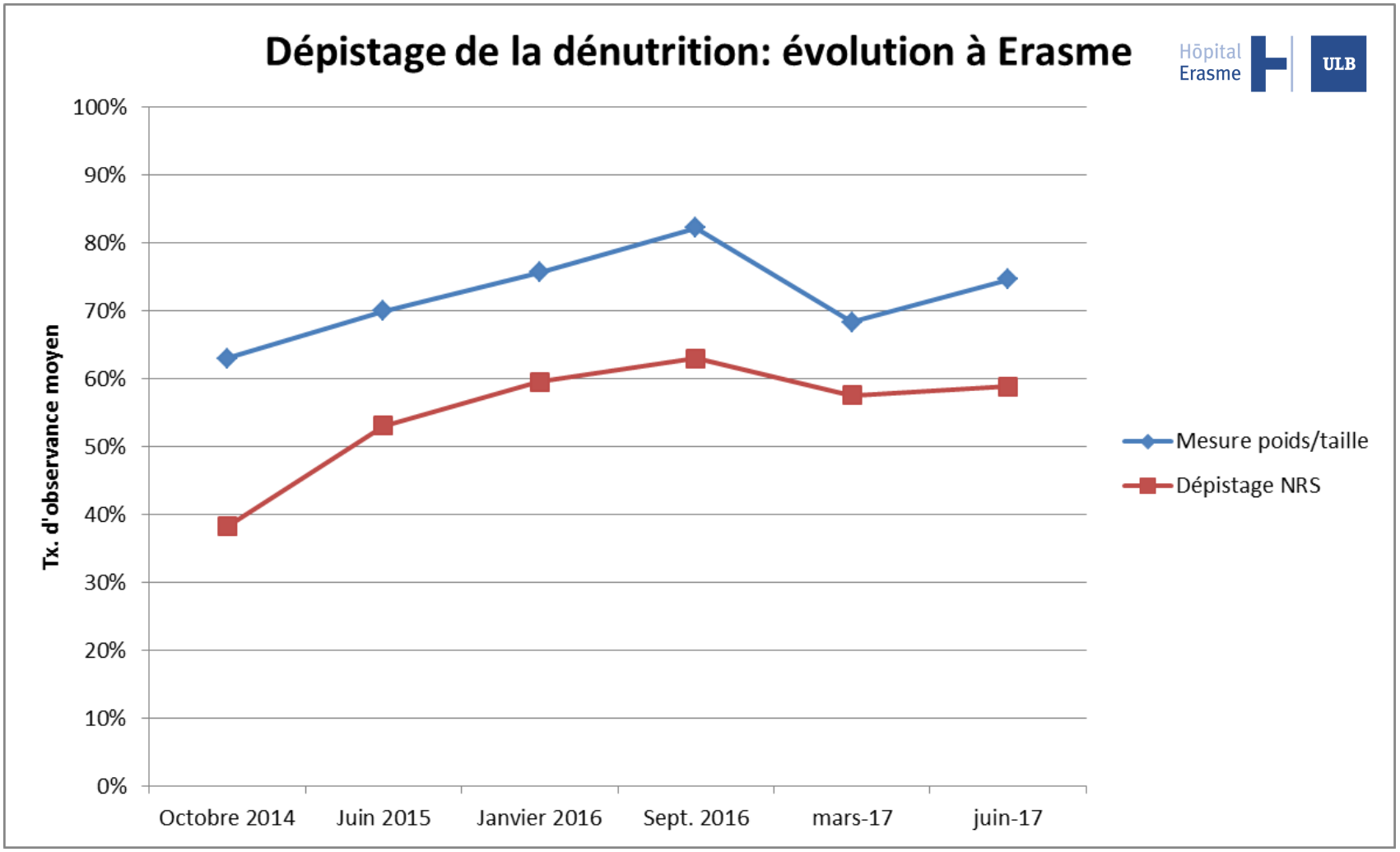
Tous les patients présents lors du passage dans l'unité ont été audités



Nos Critères de Qualité :

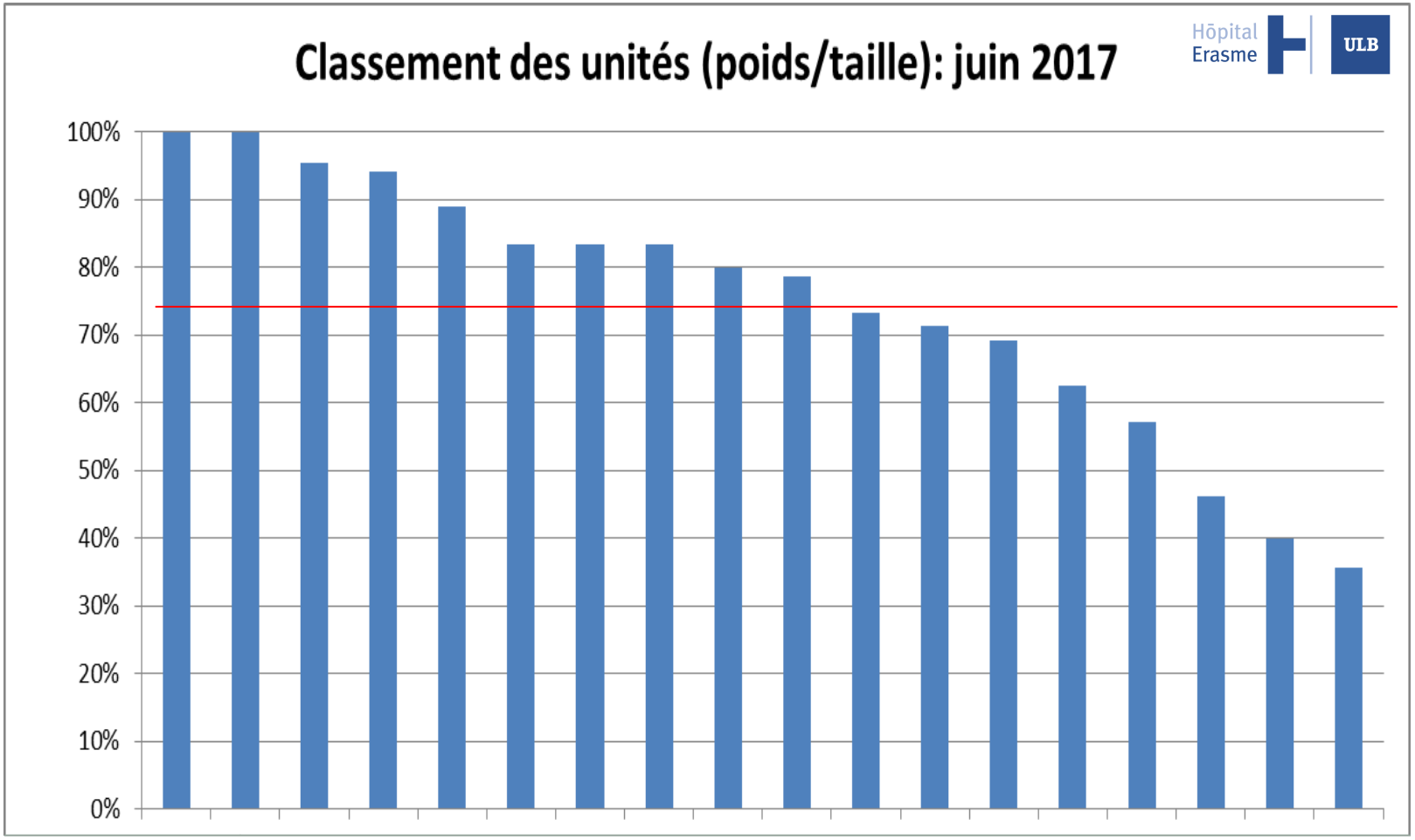
1. Indication du poids et de la taille sur la feuille de paramètres
2. Echelle NRS 2002 complétée dans le DSI
3. NRS 2002 est positive

Résultats : Evolution de l'observance

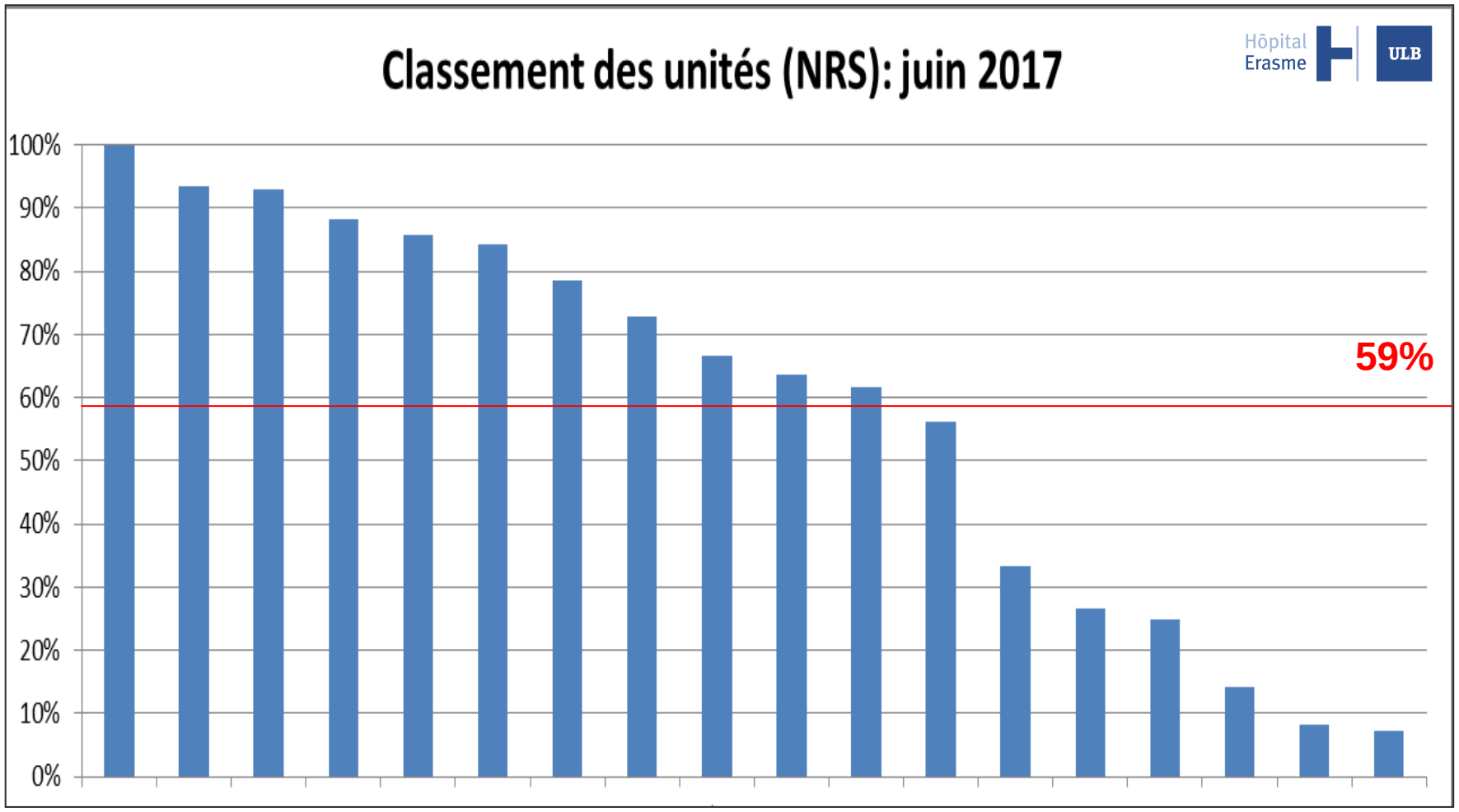


Hôpital Erasme ULB

Résultats
Mesure du poids et de la taille



Résultat
Mesure de l'échelle NRS 2002 : ensemble de l'hôpital



Résultats

Moyenne 75% (poids/taille)

Moyenne 59% (l'échelle NRS-2002)

8/18 services ➢ 80% pour la mesure du poids et de la taille

6/18 services ➢ 80% pour le NRS

Prévalence des patients à risque de dénutrition = 13%

Grande variabilité entre les services

Résultats

La prévalence des patients à risque de dénutrition = **13%.**

40 à 50 % des patients hospitalisés sont dénutris ou à risque de dénutrition

McWihirter, BMJ, 1994.

	BMI	Perte de PD	Moins apport
Résultat service	70%	60%	36%
			30 = 13%

Sommes nous tellement bon ?
Avons-nous un recrutement de patients sensibilisés à l'importance de la nutrition ?
Notre outil d'évaluation est-il adéquat, bien utilisé, biais ?

Discussion

	BMI	Perte de PD	Moins apport
Résultat service	70%	60%	36%
			30 = 13%
Résultat Nutrition	28%	77%	72%
			114 = 51%

Plusieurs hypothèses :

L'échelle n'a pas été comprise
L'échelle a été mal complétée
Les questions sont-elles bien posées ?
Comment l'infirmier aborde le patient…….?
Un manque de motivation à utiliser un tel protocole
Remplir oui mais comment ?
Intérêt de remplir des cases, ….. Ou pas?
L'absence de ressources humaines

FORMATION SUFFISANTE ?
MANQUE DE CONNAISSANCES ?

Oui et ……..

En effet, la prévalence de la dénutrition dans les milieux hospitaliers en Europe est toujours très élevée et le rôle infirmier dans cette problématique est prioritaire

Oui et…..

5 problèmes mis en évidence :

- Une carence de définition des responsabilités sur l'organisation et le traitement nutritionnel
- Un manque de formation en nutrition chez l'ensemble du personnel hospitalier
- Une faible influence des patients et de leur entourage sur les prestations nutritionnelles
- Un manque de coopération entre les différents groupes de personnel hospitalier
- Un manque de participation de la direction hospitalière

(Genton et al,2002, p. 2192-2196)

Actions d'améliorations

Comprendre …..pour développer une stratégie d'amélioration

- feed-back individuel à chaque service
- identification des difficultés rencontrées
- mise en place de pistes d'amélioration et suivi
- renforcement de la sensibilisation des équipes
  - Infirmiers relais nutrition
- révision de la procédure « prise en charge de la dénutrition » et rediffusion
  - Discussion d'équipe par rapport aux résultats
  - Créer des partenariat avec les infirmières relais nutrition, réalisation des audits
  - Reformuler les objectifs de ce despitage, Evidence Base Pratiques
  - Sensibilisation quotidienne, pour ne pas oublier
  - Recentrer les objectifs sur le patient et non sur l'institution

Actions d'amélioration

Donc:

- discussion d'équipe par rapport aux résultats
- création de partenariats avec les infirmières relais nutrition
- réalisation d'audits collaboratifs
- reformulation des objectifs du despitage
- Evidence Base Pratice
- sensibilisation quotidienne ....pour ne pas oublier....

Discussion des résultats

Pour quelle(s) raison(s) votre résultat pourrait-il ne pas être "aussi bon" que dans d'autres institutions ?

Discussion des résultats

Les raisons qui expliquent l'absence d'un tel protocole pourraient être :

- Un manque de connaissance de l'intérêt d'utiliser un protocole
- Un manque de connaissance de EBP
- Un manque de motivation à utiliser un tel protocole
- L'absence de ressources humaines et /ou de moyens pour rédiger, diffuser, appliquer un tel protocole
- Une méconnaissance de l'intérêt à toujours prévoir une date de révision ou de validité des protocoles, ainsi que le nom d'une personne responsable.
- …….d'autres pistes à explorer

Discussion des résultats

Kowanko et al. (1999)

- Les infirmiers considèrent les soins nutritionnels comme un élément important
- Elles ont des difficultés à en faire une priorité face aux autres activités qu'elles exercent, ceci étant dû à des problèmes de temps et de charge de travail.

Conclusion

La recherche de la qualité est inévitablement associée à l'évaluation

- **Inventaire** de ce qui est fait
- **Diagnostic** des forces et des faiblesses
- **Pronostic** pour guider et orienter en s'appuyant sur nos ressources

La démarche qualité en soins infirmiers est une remise en question de sa pratique:

- **Détermination**
  - Différencié conformité des résultats, pertinences et cohérences
- **Sortir de son confort d'habitude**

Formation permanente et **Proximité**

Conclusion

Evaluer ses pratiques = évaluer les progrès à accomplir

Pertinent, attractif et fédérateur dans l'évaluation et la communication des résultats

Le patient et ses besoins **au centre de l'activité autonome de l'infirmier**

....plutôt que de répondre uniquement aux exigences instituionnelles, légales de transcription, de traçabilité,...

Merci !!!

Groupe Pluridisciplinaire Nutrition
Audrey Van Gossum
Arlette Jancys
Juliette Hayois
Sandra Demarche
Pascale Brouckaert
Aurélia Bustillo
Philippe Tinsy

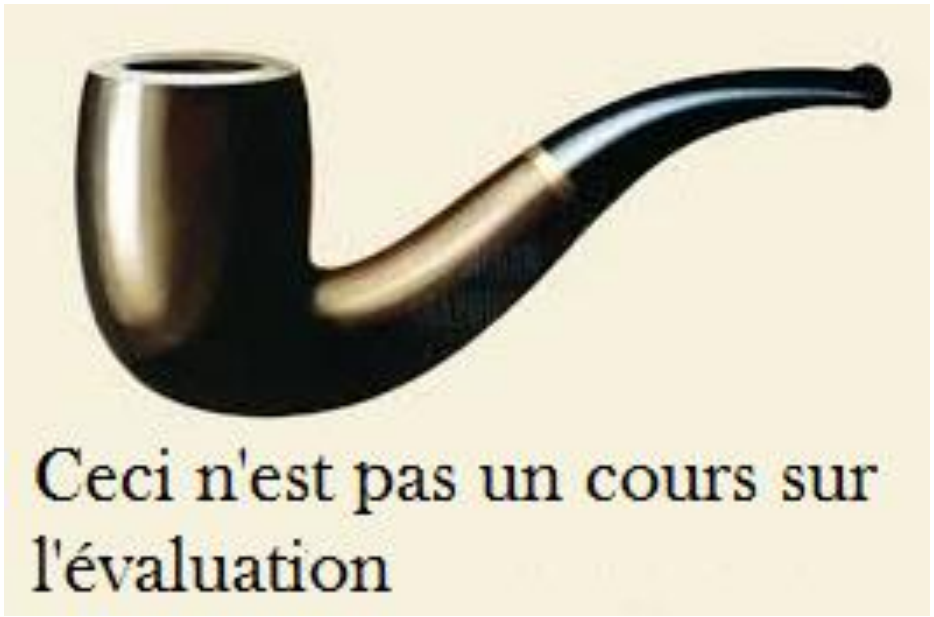
EVALUATION DES PRATIQUES

Congrès de l'ANFIIDE
Mons, 16-17 novembre 2017
Atelier parallèle du 16 novembre

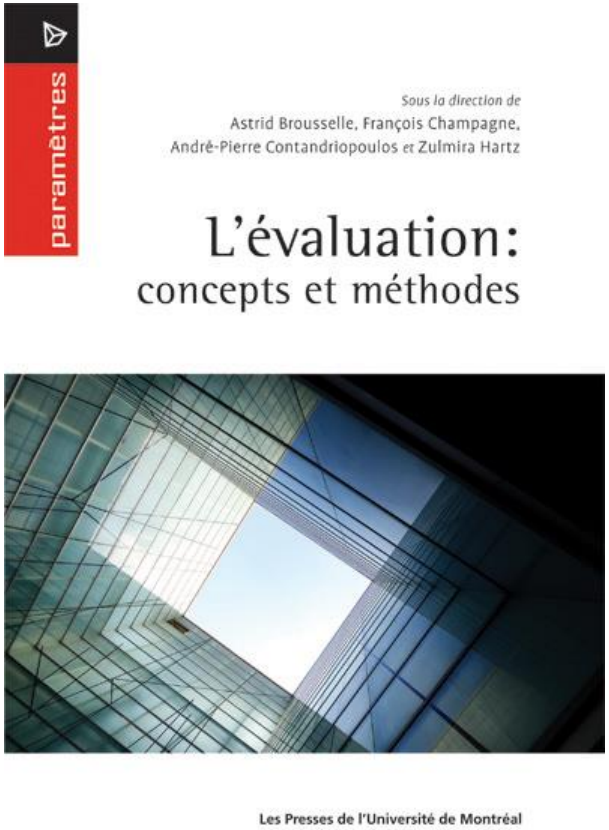
Thérèse Van Durme
Infirmière spécialisée, cadre de santé, PhD
IRSS-UCL (Belgique)

GROUPE DE CONTACT SCIENCES INFIRMIÈRES
fnrs

UCL Université catholique de Louvain



Pour ceux qui veulent creuser les concepts et méthodes: un livre-clé pour l'évaluation en santé



EVALUATION DES PRATIQUES =

Les éléments qui font aujourd'hui consensus pour définir l'évaluation

« Évaluer consiste fondamentalement à **porter un jugement de valeur** sur une intervention

en mettant en œuvre un dispositif capable de fournir des informations **scientifiquement valides et socialement légitimes** sur cette intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes,

l'objectif étant de faire en sorte que les **différents acteurs concernés**, dont les champs de jugement sont parfois différents,

soient en mesure de prendre position sur l'intervention pour qu'ils puissent construire, individuellement ou collectivement, un jugement susceptible de se **traduire en actions**. »

Quoi?

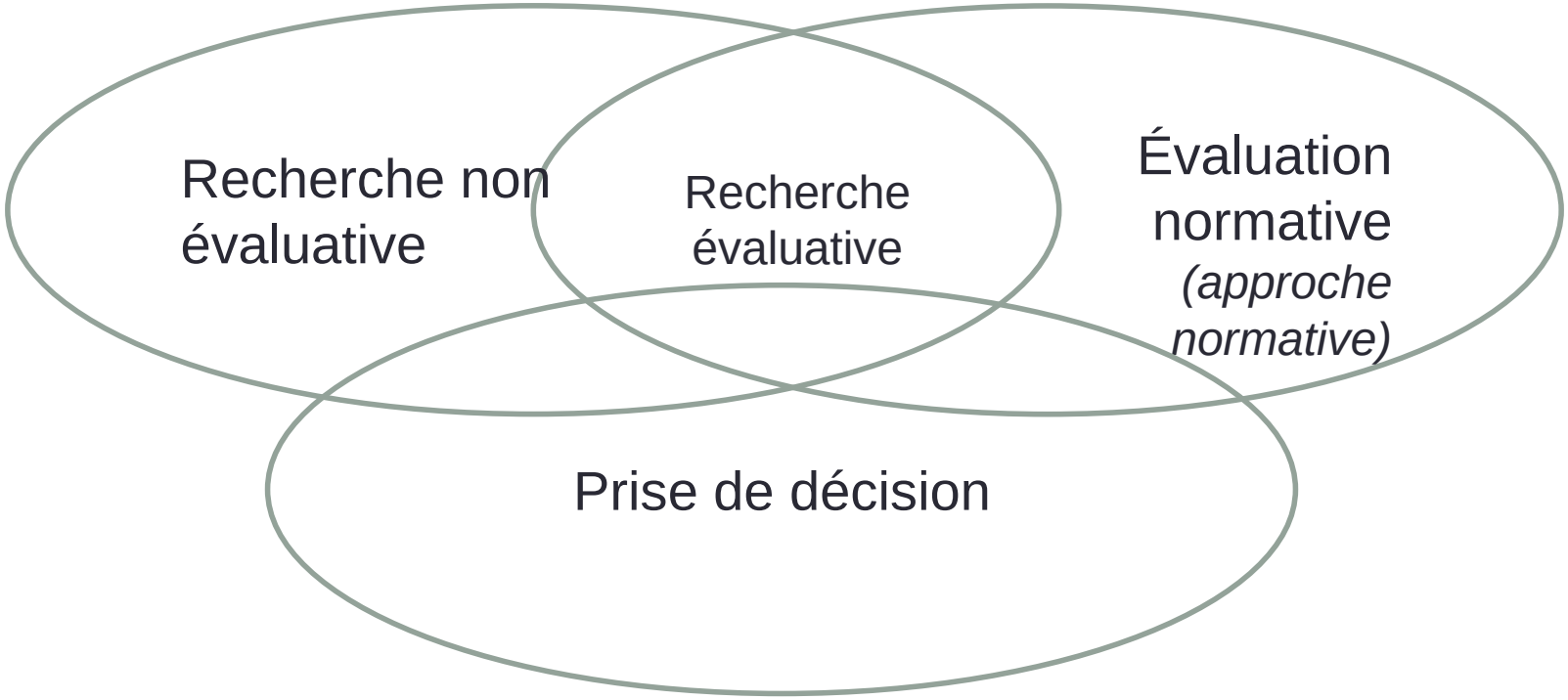
Comment?

Pour qui?

Pour quoi?

Brousselle et al., 2011, p. 52

Recherche, évaluation et prise de décision



Brousselle et al., 2011, p. 53

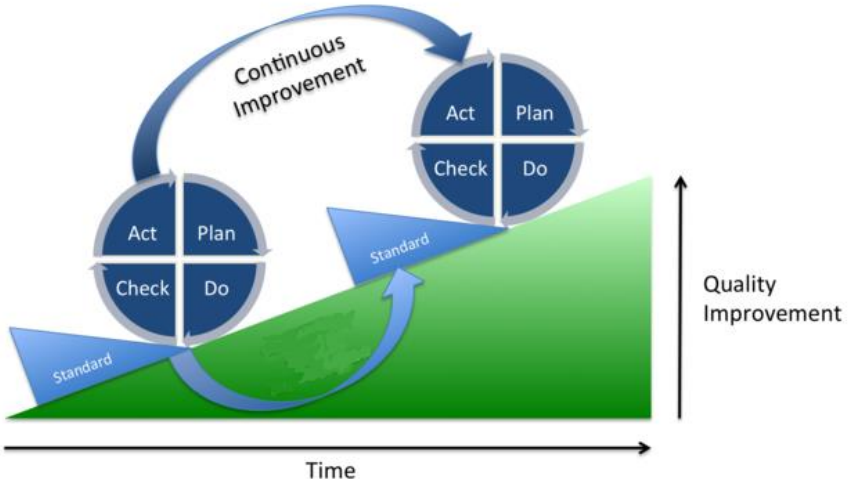
Différents types d'évaluation

- Appréciation normative ⇨ écart par rapport aux attentes, en termes de
  - fidélité
  - couverture
  - qualité
  - effets
  - coûts
- Analyse stratégique ⇨ adéquation entre les objectifs de l'intervention et les problèmes à résoudre
- Analyse logique ⇨ détermine le bien-fondé théorique qui sous-tend l'intervention
- Analyse de la production ⇨ relations entre le volume et la qualité des services produits versus les ressources utilisées pour la production
- Analyse des effets ⇨ (la plus classique) relation causales entre une intervention et ses effets
- Évaluation économique ⇨ la production et la consommation de biens et services, ainsi que les échanges, afin d'obtenir l'allocation optimale dans un contexte de ressources limitées
- Analyse de l'implémentation ⇨ interactions entre une intervention et son contexte, durant la mise en œuvre

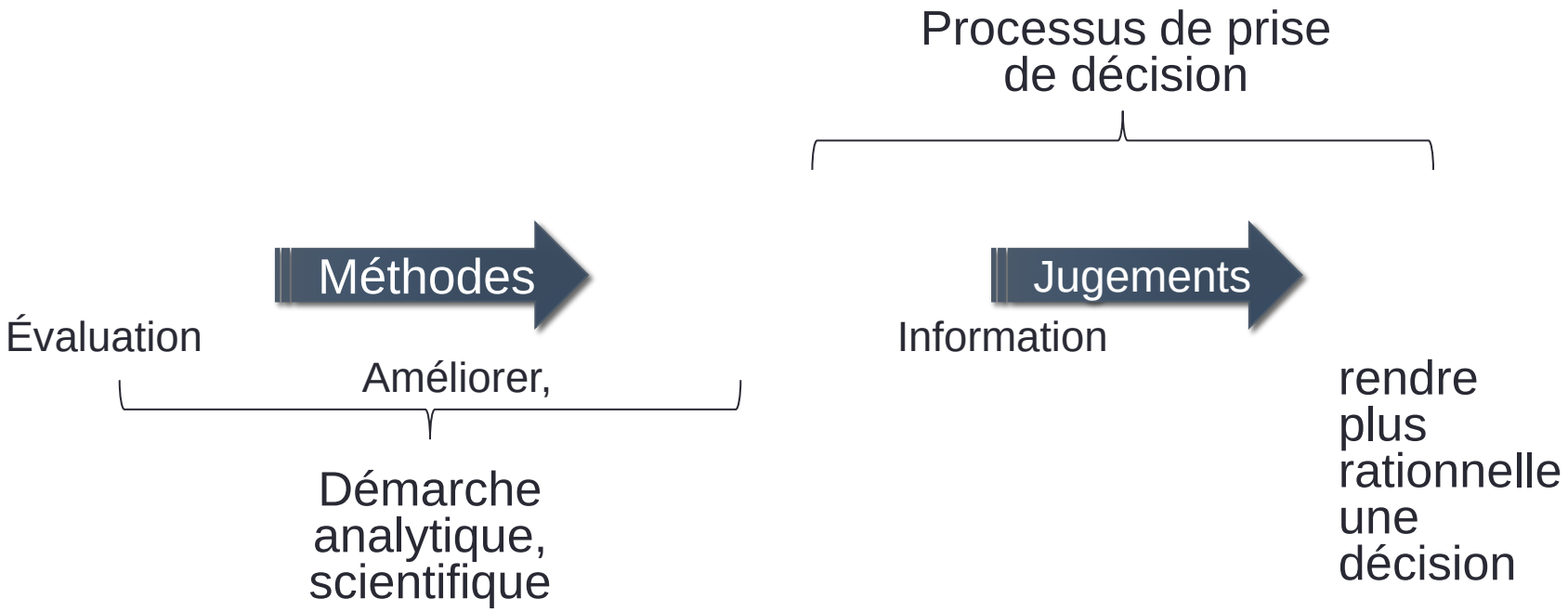
Brousselle et al., 2011, p. 87-237

Constats

- L'évaluation des pratiques est essentielle à l'amélioration de la qualité



Évaluation et décisions



Brousselle et al., 2011, p. 301

Défis de l'évaluation

- Golden standard: RCT
  - Au cœur de l'approche: rechercher l'association constante entre une cause et son effet, par l'analyse statistique d'associations
- Ont été conçues pour évaluer l'efficacité thérapeutique des médicaments
- Conviennent bien pour l'évaluation des interventions 'simples'
- Or, la plupart des interventions infirmières sont des interventions complexes

Caractéristiques des interventions complexes

- Elles sont composées de composantes multiples, qui interagissent
- Leur mise en œuvre nécessite une certaine flexibilité
- Elles produisent des résultats de nature très diverses
- Elles sont destinées à plusieurs populations-cible

MRC. A framework for the development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health. London: Medical Research Council; 2000
Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008;337:a1655..

La définition du MRC ignore les éléments-clé qui caractérisent les interventions vraiment complexes

- Le rôle des **trajectoires** causales multiples et interagissantes
- La coévolution ou l'imbrication de l'intervention dans son **contexte**
- '**path dependence**' (l'influence de l'historique et des décisions passées)
- **L'émergence** (le résultat de l'action humaine)
- La **cofinalité** (il existe plusieurs causes potentielles pour expliquer les résultats).

Or, ces éléments-clé rendent les interventions complexes

- Parfois **imprévisibles** pour ce qui est de l'atteinte des résultats
- Difficiles, voire impossibles, à **réduire** à des modèles mathématiques

L'attribution des résultats à une intervention précise est un défi majeur

Van Belle et al. BMC Health Services Research (2017) 17:687

Recommandations pour l'évaluation des interventions complexes

- Le Medical Research Council (MRC) a produit des lignes directrices en 2000 pour la recherche sur des interventions complexes,
  - Ont été mises à jour en 2008
- Elles proposent, en plus d'une évaluation des résultats par des moyens statistiques classiques,
  - d'évaluer les **processus** pour déterminer la fidélité de l'intervention et sa "dose",
  - d'étudier **comment** l'intervention a été mise en œuvre, incluant le degré de couverture

Problème

1. Cette approche cherche à standardiser des concepts tels que 'barrières', 'facilitateurs', qui sont pourtant des concepts très dynamiques
2. Elle n'indique pas comment articuler cette évaluation des processus aux résultats

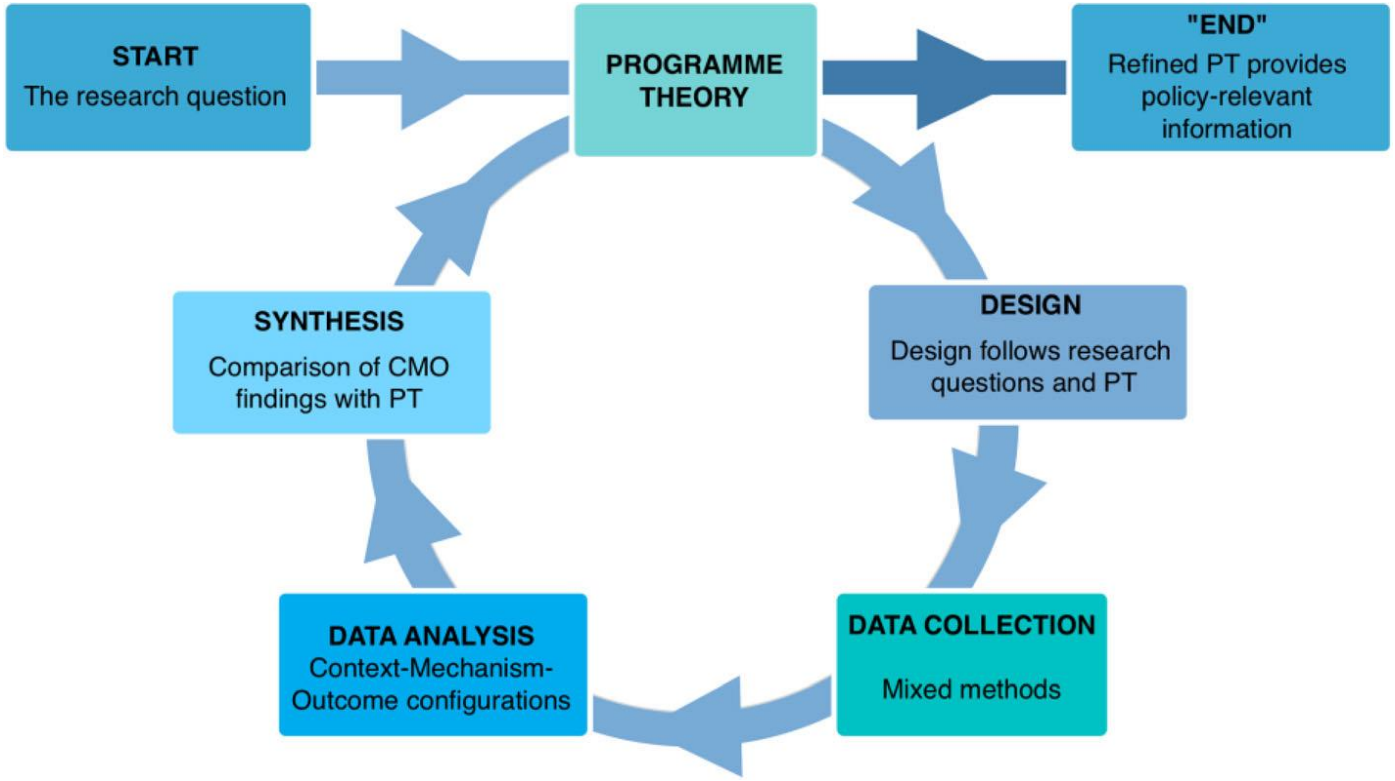
Autres approches: l'évaluation centrée sur le mécanisme de l'intervention

- La meilleure voie pour expliquer l'effet d'une intervention est de déterminer le mécanisme par lequel une intervention va produire un effet dans un contexte donné.
- Un des moyens est l'évaluation réaliste (Pawson & Tilley, 1997)
- Ce qui est important pour les managers, c'est de pouvoir répondre aux questions
  - « qu'est-ce qui fonctionne, sous quelles conditions, pour qui et pourquoi? »
  - alors que les approches classiques s'arrêtent à « est-ce que ça fonctionne? »

L’évaluation réaliste

- Theory-driven evaluation
- Elle commence et termine par une théorie de moyenne portée (*middle-range theory*)
- Cycle de l’évaluation réaliste

Le cycle de l'évaluation réaliste



Cycle de l'évaluation réaliste

Étape 1
Les évaluateurs émettent des hypothèses à propos de l'intervention, son impact attendu, les mécanismes qui expliquent les changements et les conditions contextuelles requises.

- Méthode: analyse de documents, littérature, l'évaluation d'interventions similaires, interviews avec les concepteurs, ceux qui mettront l'intervention en œuvre et les bénéficiaires.

Étape 2
On choisit le devis d'évaluation pour collecter les données.

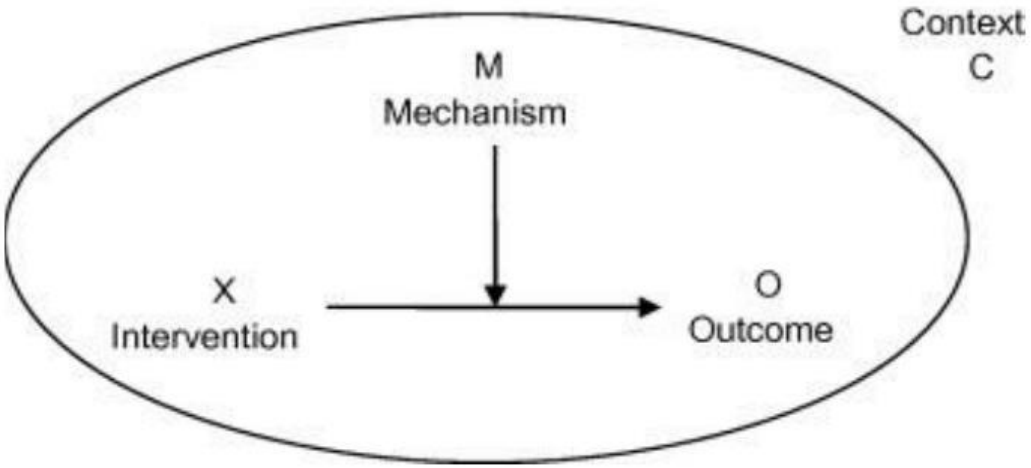
- Méthode. Le choix de la méthode quali et/ou quanti doit être dirigé par la nécessité de tester des hypothèses.

Étape 3
Analyse des résultats. La configuration Contexte – Mécanisme – Outcome qui permet la meilleure explication des résultats observés est comparee à la théorie initiale du programme, qui sera rejetée, affine ou adaptée, si nécessaire.

- Méthode: L'outil analytique est la CMOc: discussion entre chercheurs et partie prenantes (décideurs et bénéficiaires)

Pawson & Tilley, 1997

CMO Configurations



Pawson & Tilley, 1997

À retenir

- On considère que les acteurs et les interventions sont imbriquées dans une réalité sociale, qui influencera comment l'intervention est mise en œuvre et comment les acteurs répondent à cette intervention – ou non, et comment les mécanismes sont activés.
- La configuration Contexte-Mécanisme-Résultat est utilisée comme outil pour analyser les données. Ceci veut dire que l'analyse vise à démontrer comment les résultats observes peuvent être expliqués par l'interaction entre l'intervention, les acteurs, le contexte et les mécanismes qui soutiennent leurs pratiques.

QUESTIONS À POSER LORS DE L'ÉVALUATION

Questions indispensables …

- À quoi va servir l'évaluation?
  - PDCA
  - Échanger avec les parties impliquées sur les objectifs, les méthodes et les résultats de l'évaluation
  - Importance de la communication
- Qui va évaluer?
  - Position de l'évaluateur par rapport à l'objet évalué/ le sujet de l'évaluation
- Le choix de l'endroit où on évalue?
  - Représentativité pour pouvoir inférer les résultat à l'ensemble de l'évaluation
- Validité de la méthode d'évaluation?
  - Et des indicateurs choisis SMART

Pour aller plus loin

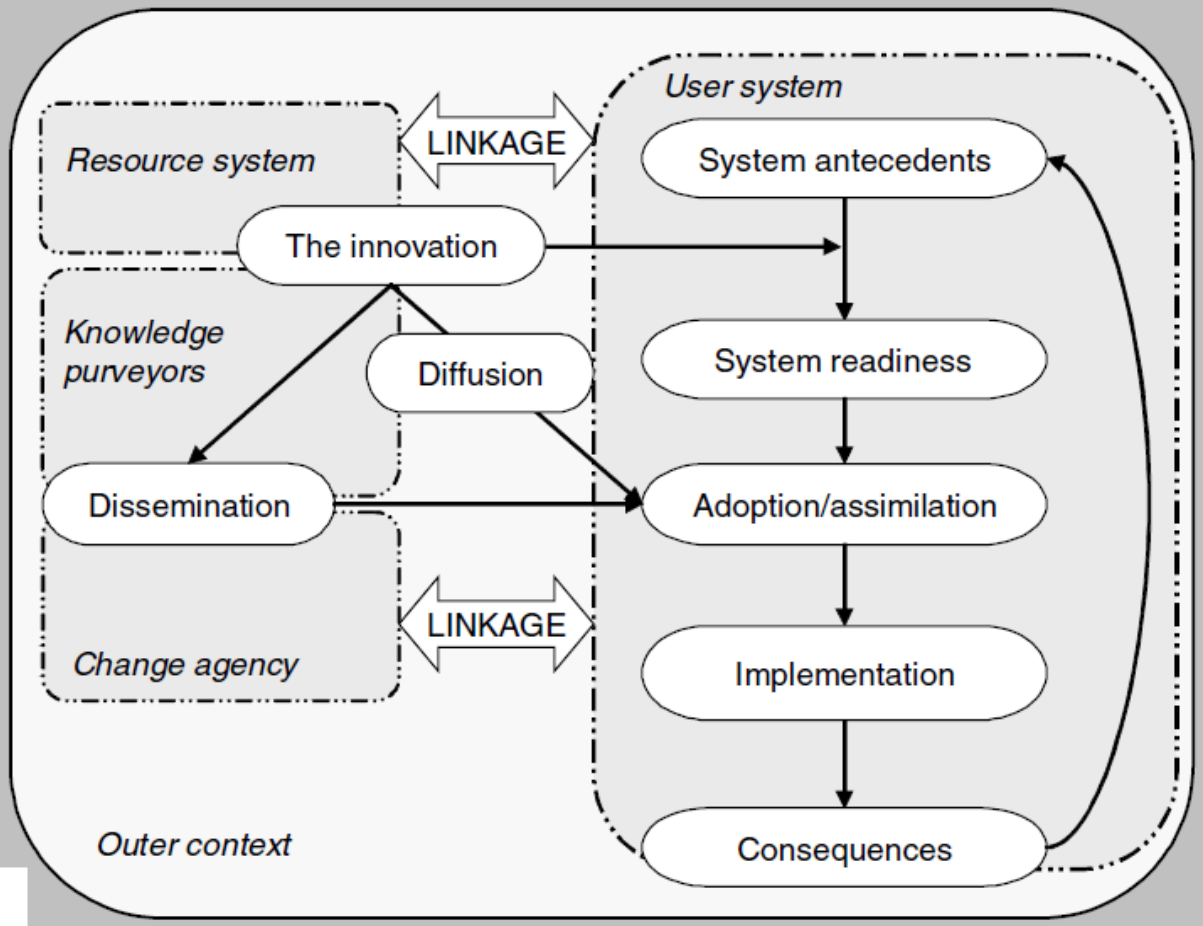
- Better Evaluation website
  http://www.betterevaluation.org/approach/realist_evaluation

DIFFUSION DE L'INNOVATION

Identification des théories en fonction de leurs domaines de recherche

- Sociologie (rurale, médicale)
- Psychologie,
- Anthropologie,
- Épidémiologie,
- Marketing,
- Sciences politiques,
- …,
- Interdisciplinaires.

Greenhalgh T., Robert G., MacFarlane F., Bate P., Kyriakidou O., Diffusion of innovations in service organisations: systematic review and meta-analysis, Milbank Quarterly, Vol 82 (4), 2004


SYSTEM ANTECEDENTS FOR INNOVATION
Structure
Size/maturity
Formalization
Differentiation
Decentralization
Slack resources
Absorptive capacity for new knowledge
Preexisting knowledge/skills base
Ability to find, interpret, recodify, and integrate new knowledge
Enablement of knowledge sharing via internal and external networks
Receptive context for change
Leadership and vision
Good managerial relations
Risk-taking climate
Clear goals and priorities
High-quality data capture
THE INNOVATION
Relative advantage
Compatibility
Low complexity
Trialability
Observability
Potential for reinvention
Fuzzy boundaries
Risk
Task issues
Nature of knowledge required (tacit/explicit)
Technical support
SYSTEM READINESS FOR INNOVATION
Tension for change
Innovation-system fit
Power balances (supporters v. opponents)
Assessment of implications
Dedicated time/resources
Monitoring and feedback
ADOPTER
Needs
Motivation
Values and goals
Skills
Learning style
Social networks
COMMUNICATION AND INFLUENCE
DIFFUSION (informal, unplanned)
Social networks
Homophily
Peer opinion
Marketing
Expert opinion
Champions
Boundary spanners
Change agents
DISSEMINATION (formal, planned)
ASSIMILATION
Complex, nonlinear process
"Soft periphery" elements
IMPLEMENTATION PROCESS
Decision making devolved to frontline teams
Hands-on approach by leaders and managers
Human resource issues, especially training
Dedicated resources
Internal communication
External collaboration
Reinvention/development
Feedback on progress
OUTER CONTEXT
Sociopolitical climate
Incentives and mandates
Interorganizational norm-setting and networks
Environmental stability
LINKAGE
Design stage
Shared meanings and mission
Effective knowledge transfer
User involvement in specification
Capture of user-led innovation
Implementation stage
Communication and information
User orientation
Product augmentation, e.g. technical help
Project management support
Resource system
LINKAGE
User system
System antecedents
The innovation
Knowledge purveyors
Diffusion
System readiness
Dissemination
Adoption/assimilation
LINKAGE
Change agency
Implementation
Outer context
Consequences