

S@voir inf.

QUALITÉ DES SOINS ET
SÉCURITÉ DES PATIENTS
Décembre 2019



SIDIEF

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Éditorial

Le Conseil consultatif sur la qualité des soins et la sécurité des patients est fier de vous transmettre le dernier numéro de l'année 2019 du *S@voir inf.* Après avoir abordé les thèmes de la qualité de la pratique infirmière et les indicateurs de qualité, ce numéro propose des articles touchant davantage la performance des soins. À cet égard, la performance des soins fait appel à des concepts, tels la pertinence, l'efficacité, la soutenabilité et l'équité des soins. Les leaders infirmiers ont une responsabilité dans l'évaluation de l'atteinte de ces objectifs. En effet, une partie importante des budgets de chaque pays est dédiée à la santé et une portion significative de ces budgets est attribuée aux soins infirmiers. De par ce fait, les infirmières doivent être en mesure d'évaluer leurs interventions et, basé sur cette évaluation, améliorer la qualité de la pratique infirmière.

Les publications sélectionnées pour vous dans ce numéro fournissent des exemples d'évaluation basés sur des méthodes novatrices, tel que l'utilisation de plus en plus répandue d'entrepôt de données pour évaluer la qualité des soins ou des évaluations au niveau national. Ces différentes sources d'information disponibles pour les infirmières peuvent et doivent servir de levier pour améliorer la pratique. La publication de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec, Canada), résumée dans ce numéro, propose une recension des différents leviers disponibles, comme les systèmes apprenants, l'approche réflexive, l'audit et la rétroaction. Ces méthodes d'amélioration de la qualité ont prouvé leur efficacité. C'est à la profession infirmière de se les approprier afin que nos patients aient accès à une qualité de soins infirmiers à laquelle ils ont droit.

Au nom des membres du Conseil consultatif, je vous transmets tous nos meilleurs vœux pour l'année 2020!



Alain Biron infirmier, Ph. D.

Président du Conseil consultatif sur la qualité des soins et sécurité des patients du SIDIIEF
Directeur adjoint, Direction des soins infirmiers, Centre universitaire de santé McGill
Professeur adjoint, École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill (Québec, Canada)

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Une évaluation de la performance du système de santé belge en 121 indicateurs !

Source : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf

Résumé critique

La performance du système de santé belge fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi régulier par un organisme scientifique indépendant sur base d'indicateurs qui sont connus d'année en année.

Le rapport sur la performance du système belge de soins de santé (*Health system performance assessment - HSPA*) s'inscrit dans une démarche internationale de *monitoring* des systèmes de soins à travers l'Europe. Il permet, aux autorités des différents pays, de planifier leur stratégie de santé, d'établir des comparaisons entre pays et de se fixer des objectifs : l'objectif final étant de pouvoir offrir à la population un système de santé de grande qualité à un coût abordable. Le rapport HSPA belge se construit selon cinq (5) dimensions : l'accessibilité, la qualité, l'efficacité, la soutenabilité et l'équité des soins. Par ailleurs, cinq (5) thématiques de soins particulières sont mises sous la loupe : les soins préventifs, les soins de santé mentale, les soins aux personnes âgées, les soins de fin de vie et – nouveau dans cette édition – les soins à la mère et au nouveau-né.

C'est spécifiquement sur la dimension « qualité » et ses liens avec la profession infirmière que nous focaliserons notre attention.

La qualité est définie comme « la mesure dans laquelle les services de santé offerts aux individus et les populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et rejoignent les connaissances professionnelles du moment ». Dans ce rapport, cette notion recouvre cinq (5) sous-dimensions : efficacité, adéquation, sécurité, continuité et approche centrée sur le patient.

Efficacité des soins

L'efficacité des soins est « le degré d'obtention de résultats désirables, moyennant la mise à disposition correcte de services de soins de santé *evidence-based* à toute personne susceptible d'en retirer un bénéfice, mais pas à celles qui n'en retireraient aucun bénéfice ». Les indicateurs d'efficacité sont typiquement des indicateurs de résultats : résultats rapportés par le patient (*patient reported outcomes - PROM*), effets indésirables (mortalité, hospitalisations évitables et incidence de la résistance bactérienne) et événements sentinelles (p.e. erreur de site chirurgical).

La mesure de l'efficacité des soins est limitée, principalement faute de pouvoir évaluer des résultats rapportés par les patients (PROM), même si certaines initiatives sont en cours de développement.

Les tendances d'autres indicateurs au fil du temps livrent des informations précieuses pour les autorités politiques et pour les infirmières. Les deux indicateurs touchant aux hospitalisations évitables (asthme et diabète) affichent une tendance à l'amélioration qui pourrait être liée à une meilleure qualité des soins de première ligne. En effet, un effort budgétaire a été concédé à l'éducation (en consultation et à domicile) des patients diabétiques par des infirmières et des patients asthmatiques par des kinésithérapeutes. Quand des infirmières sont rémunérées pour faire de l'éducation thérapeutique, le système belge s'améliore !

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Adéquation des soins

Des soins inappropriés (abus, sous-utilisation et utilisation à mauvais escient des ressources disponibles) peuvent avoir des conséquences sur différentes dimensions (sécurité, continuité, efficacité, efficience). S'attaquer à ce problème pour améliorer la performance du système de santé représente un réel défi pour le pays.

Par exemple, l'adéquation des soins aux malades chroniques a été évaluée par le biais du suivi des patients diabétiques. Un indicateur composite a été établi pour évaluer la prescription de l'ensemble des cinq (5) tests recommandés annuellement à ces patients (HbA1c, glycémie, microalbuminurie, lipides sanguins et examen ophtalmologique annuel). Cet indicateur révèle que seuls 30 % des patients insulinodépendants et 11 % des patients non insulinodépendants sont suivis correctement : ce qui est inférieur aux résultats du rapport précédent. Dans un nombre croissant de pays développés, des infirmières de pratique avancée ont été mises en place avec succès afin de combiner l'éducation thérapeutique des patients diabétiques à un meilleur suivi des recommandations scientifiques de suivi médical. La Belgique pourrait s'en inspirer pour améliorer ce type de résultats.

Sécurité des soins

La sécurité des soins peut se définir comme « la mesure dans laquelle le système ne nuit pas au patient ». Quatre (4) types d'indicateurs sont utilisés pour évaluer la sécurité des soins dans le présent rapport : les infections nosocomiales, les complications après chirurgie, les complications liées aux soins infirmiers et la polymédication chez les personnes âgées.

La prévalence des infections nosocomiales chez les patients hospitalisés s'élève à 7,3 % en 2017 : ce qui est similaire aux résultats de 2011 (7,1 %). Il reste donc des progrès à faire en matière de prévention des infections nosocomiales. Des pistes existent, une littérature abondante indique, par exemple que, en investissant sur le nombre d'infirmières au chevet du patient et sur leur niveau de formation initiale, on peut réduire ces chiffres.

Les complications après chirurgie sont compilées dans les indicateurs de sécurité des patients de l'OCDE (*OECD Health Quality of Care Indicators - HCQI*). Les résultats montrent une légère tendance à la baisse pour les thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires après la pose d'une prothèse de hanche ou de genou, et une forte réduction des septicémies après une chirurgie abdominale au cours de la dernière année disponible.

Les complications liées aux soins infirmiers sont évaluées à l'aide des escarres, qui ont un impact négatif significatif sur la santé et qui peuvent être évitées par des soins infirmiers appropriés. Une enquête organisée en 2012 par le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI) a mis en évidence une prévalence de 5,1 % pour les escarres (cat II-IV) : ce chiffre étant le plus élevé en Wallonie. Il est actuellement difficile de comparer ces résultats à ceux d'autres pays, mais ils représentent une base de comparaison pour les mesures futures : c'est la raison pour laquelle ce type d'enquête menée par le CFQAI devrait être encouragé. Or, les autorités n'apportent plus de grand soutien humain et financier à cet organe d'avis infirmier mis en place il y a seulement dix (10) ans. Une comparaison dans le temps de cet indicateur ne sera probablement plus possible.

Continuité des soins

La continuité des soins se définit comme « la mesure dans laquelle les soins de santé dispensés au fil du temps à un utilisateur spécifique sont organisés de façon fluide au niveau d'un prestataire, d'une institution et d'une région et entre ces acteurs, ainsi que la mesure dans laquelle le cours de la maladie est couvert dans son entièreté ». Nous avons distingué quatre (4) facettes de la continuité : la continuité de l'information (la disponibilité et l'utilisation des données relatives à des contacts antérieurs du patient avec le système de santé), la continuité relationnelle (l'existence d'une relation durable entre le patient et un ou plusieurs

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

dispensateurs de soins), la continuité entre l'hôpital et la 1^{ère} ligne de soins (la répartition cohérente des tâches entre les différents contextes de soins) et la continuité de la coordination (les liens entre différents dispensateurs de soins sur une période prolongée dans le temps en vue de réaliser un objectif commun).

Les indicateurs de continuité livrent des résultats contrastés, positifs dans le secteur des soins primaires pour les diabétiques sous insuline (proportion de patients repris dans un protocole de soins) ou dans le secteur hospitalier pour les patients atteints de cancer devant être examinés en consultation multidisciplinaire, mais décevants pour les diabétiques non-insulinodépendants. Dans cette population, il semble qu'il existe bien une structure favorisant la coordination des soins par le médecin généraliste, mais qu'elle ne soit que peu utilisée. Les patients sous insuline sont plus régulièrement suivis, et par des infirmiers éducateurs en diabétologie, alors que les patients non-insulino-dépendants le sont surtout par leur médecin généraliste. Il faudrait en tirer les conclusions qui s'imposent : ce dernier groupe de patients devrait être suivi par des infirmières comme les autres. Voilà une fois de plus une dimension de la performance qui est évaluée par le KCE à l'aide de l'organisation des soins en diabétologie, les infirmiers devraient continuer à investir ce secteur et ce type de compétences.

Les trois autres indicateurs concernent les médecins généralistes et livrent des résultats moyens (utilisation du dossier médical global, continuité relationnelle, telle que mesurée par l'indice UPC et pourcentage de contacts avec les patients âgés après leur sortie d'hôpital reste assez faible). Là, encore, la mise en place d'infirmières pour rendre ce service aux patients âgés apporterait une plus-value. Cette évaluation comporte néanmoins deux (2) limitations : ces quelques indicateurs ne livrent qu'un tableau partiel des nombreuses facettes de la continuité des soins, et la comparaison avec les résultats d'autres pays est très difficile faute d'indicateurs internationaux et, donc, de données concernant cette dimension.

Centralité du patient

La prise en charge centrée sur le patient est une approche des soins de santé volontairement axée sur les besoins du patient, qui répond à ses besoins individuels et s'assure que ses valeurs guident la prise de décision clinique. L'évaluation de la place centrale accordée au patient porte typiquement sur la reconnaissance de ses besoins et des préférences, sur la qualité de la communication avec le prestataire de soins et sur l'implication des patients et de leurs proches dans les soins. Cette place centrale accordée au patient augmente sa satisfaction et permet d'éviter les problèmes liés à la fragmentation des soins (p.e. avis médicaux contradictoires, surprescription, surhospitalisation et absence de réactivité). Cependant, les soins centrés sur le patient nécessitent une approche coordonnée au niveau de l'organisation et de l'offre des soins, et impliquent le suivi d'initiatives de soins intégrés. L'évaluation des soins centrés sur le patient n'est pas simple, car elle est influencée par l'état de santé et/ou les caractéristiques sociodémographiques du patient. Cela devient pourtant un aspect de plus en plus important à capturer étant donné que les systèmes de santé tentent aujourd'hui de prendre le plus possible en compte les besoins des personnes recourant à leurs services. L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) a développé un outil standardisé (dans le cadre du projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI)) pour évaluer l'expérience vécue par le patient au niveau des soins ambulatoires. Cet outil, actualisé en 2015 et qui a été utilisé en Belgique dans le cadre de l'enquête de santé (HIS) de 2013, permet d'établir des comparaisons à l'échelon international de la qualité des soins de santé au moyen d'indicateurs communs.

En 2013, les médecins belges, actifs dans le secteur ambulatoire, semblaient répondre aux attentes des patients quant au temps qu'ils consacrent à ces derniers, aux explications qu'ils leur donnent, à leur ouverture aux questions et à la prise de décision partagée. Ces indicateurs présentent toutes les limitations de l'enquête HIS 2013, notamment un manque de

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

représentativité de la population belge, des limitations liées au caractère auto-déclaré des données (influence du niveau d'instruction et du niveau des revenus, statut d'expérience de la maladie, etc.).

Il est dommage que l'enquête HIS ne pose aucune question à la population sur la performance ou l'apport des infirmières sur ces indicateurs de soins centrés sur le patient, car d'autres études dans d'autres pays démontrent que c'est un des points forts de la profession infirmière. Celle-ci pourrait le suggérer aux autorités responsables de l'enquête HIS en question.

Enfin, la plupart des hôpitaux généraux ayant participé au programme « Pay4Performance » ont utilisé des mesures de l'expérience vécue par le patient hospitalisé (*Patient Reported Experience Measurement - PREM*). Ce dernier indicateur ne couvre actuellement que les hôpitaux généraux; dans le futur, il serait intéressant d'évaluer l'utilisation des PREM's dans des services spécifiques (p. e. services de maternité ou de soins de jour).

En conclusion, un tel rapport sur la performance est une chance et une opportunité pour la profession infirmière. Celle-ci peut à la fois démontrer sa plus-value et mettre l'accent sur les domaines où un investissement infirmier serait positif. Par ailleurs, elle peut aussi suggérer aux autorités des évaluations complémentaires dans les domaines qui ne permettent pas actuellement d'expliquer si la situation s'améliore ou pourrait s'améliorer grâce aux infirmières.

Il est donc important que les infirmières, travaillant dans et pour un tel système de santé, s'intéressent de plus près au contenu détaillé d'un rapport aussi bien documenté.

Value of hospital resources for effective pressure injury prevention: a cost-effectiveness analysis

Source : Padula, WV., Pronovost, PJ., Makic, MBF., Wald, HL., Moran, D., Mishra MK. et David O. Meltzer. « Value of hospital resources for effective pressure injury prevention : a cost-effectiveness analysis ». *BMJ Quality & Safety* 2019 Feb;28(2):132-141 <https://qualitysafety.bmj.com/content/28/2/132>

Résumé critique

Cette recherche vise à analyser le rapport coût-utilité d'une évaluation répétée du risque pour prévenir les plaies de pression chez tous les patients ou ceux à haut risque. Elle questionne s'il est plus avantageux d'appliquer 1) la même prévention à tous les patients quotidiennement, 2) une prévention pour les patients à risque qui est basée sur certaines catégories de l'échelle de Braden ou 3) les soins standard pour tous les patients (sans stratégie spécifique d'amélioration de la qualité des soins).

Pour ce faire, les auteurs s'appuient sur des données de routine issues de 34 787 dossiers électroniques patients de l'*University of Chicago Medicine*. Ils ont utilisé un modèle de Markov pour capturer et simuler les transitions entre des états de risques (p. e. passage d'un faible risque sur l'échelle de Braden à un risque élevé) qui surviennent en cours d'hospitalisation, ainsi que les séquelles des plaies de pression. Ce modèle est généralement utilisé avec des données longitudinales et chronologiques (p. e. lorsque les conditions des patients se modifient durant l'hospitalisation).

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Dans cette recherche, le modèle de Markov a permis de simuler ces transitions et de calculer les probabilités de risque pour le développement d'une plaie de pression, jusqu'au départ de l'hôpital ou au décès de patients, à travers des tâches d'apprentissage supervisé (i. e. de *machine learning* - d'intelligence artificielle) dans le but de généraliser une prédiction à la population hospitalière.

Quant aux résultats, les deux premières stratégies sont plus efficaces que les soins standards. La prévention pour tous les patients est la stratégie la plus coûteuse et la plus efficace. Les auteurs la recommandent pour la plupart des pays occidentaux.

Dans le cadre de ce *S@voir Inf.* sur la performance, cet écrit présente deux intérêts majeurs : 1) l'utilisation d'indicateurs sensibles aux soins infirmiers qui sont extraits des dossiers électroniques patients et 2) l'usage d'un modèle statistique combiné avec des tâches d'apprentissage supervisé.

Pour le premier intérêt, cette recherche se base sur des indicateurs sensibles aux soins infirmiers classiques (p. e. l'évaluation de l'échelle de Braden, taux de plaies de pression (selon PSI 3 AHRQ) et leur classification (selon ICD 9)). Ces indicateurs sont définis avec des référentiels et une classification internationale qui sont classiques et qui favorisent des comparaisons avec d'autres études. En outre et quant à la constitution de la base de données, leur extraction des dossiers électroniques patients via un *Data warehouse clinique* présente une alternative peu coûteuse en comparaison à la constitution d'une base spécifique. Elle favorise l'inclusion d'un grand nombre de patients. Toutefois, ces dossiers présentent régulièrement des données manquantes qui pourraient potentiellement limiter les méthodes d'analyses statistiques classiques. Les tâches d'apprentissage supervisé décrites précédemment permettent de répondre à cet enjeu.

Quant au deuxième intérêt, cette approche statistique est atypique dans les sciences infirmières et présente un très grand intérêt pour l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients. Hormis les différents avantages décrits précédemment, le modèle de Markov permet de prendre en compte les données disponibles et l'expertise clinique pour constituer le modèle : quelles sont les variables qui interagissent dans ce modèle ? Quelles sont les prémisses aux plaies de pression, à la sortie de l'hôpital ou au décès ? Cette modélisation et les données disponibles permettent de quantifier la probabilité de survenue d'un événement selon ses prémisses qui peuvent prendre la forme d'une chaîne causale (i. e. un enchaînement de plusieurs prémisses qui conduisent à un événement).

En synthèse, sur la base d'indicateurs sensibles aux soins infirmiers, cet article offre une perspective novatrice quant à leur analyse pour l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients. Il permet de soutenir nos réflexions quant aux pratiques de prévention des plaies de pression dans des unités cliniques.

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Outcome Measurement in Nursing: Imperatives, Ideals, History, and Challenges

Source : Jones, T., (May 31, 2016) « Outcome Measurement in Nursing: Imperatives, Ideals, History, and Challenges ». OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 21, No. 2, Manuscript 1.
<http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-21-2016/No2-May-2016/Outcome-Measurement-in-Nursing.html>

Résumé critique

Un résumé descriptif

L'article de Jones examine les incontournables, les conditions de succès, l'histoire et les principaux enjeux liés à la mesure efficace de résultats en soins infirmiers. L'auteure base ses réflexions et observations sur le modèle conceptuel de Donabedian qui soutient que l'appréciation de la qualité repose sur un ensemble de mesures qui inclut à la fois les résultats, les processus et la structure. Quelques recommandations sont également faites pour y arriver au sein de la profession infirmière.

Selon Jones, les leaders infirmiers ont la responsabilité sociale d'évaluer la vaste et unique contribution de la pratique infirmière sur les résultats de santé de la population en matière de promotion de la santé, de prévention et gestion de la maladie, et des soins de confort/fin de vie.

Bien que l'auteure reconnaisse les avancées des dernières décennies pour définir, documenter, quantifier et mesurer la qualité des soins, dont l'adoption en 2004 de quinze (15) indicateurs nationaux sensibles aux soins infirmiers via le Forum américain de la qualité (<https://www.qualityforum.org/Home.aspx>), elle constate que plusieurs organisations n'investissent pas les efforts requis pour mesurer, à leur juste part, la contribution de la pratique infirmière sur la qualité des soins et sur les résultats de santé des patients.

En ce sens, elle présente les défis actuels, dont le manque d'évidences scientifiques qui définissent mieux le lien entre les soins infirmiers et leur impact sur les résultats de santé, l'absence d'un consensus pour une taxonomie universelle standardisée (notamment pour définir les interventions infirmières et les résultats attendus), le fardeau grandissant des activités de la documentation professionnelle, de saisie et d'exploitation des données confiées aux infirmières, et le manque de leadership dans la mise en œuvre réussie de la mesure des résultats en soins infirmiers.

Parmi les actions réalistes qu'elle présente, on retrouve l'importance de définir plus précisément les liens entre la mesure des soins infirmiers et leurs impacts sur les patients, d'exercer un leadership infirmier proactif dans la programmation, l'accès et l'exploitation des systèmes de mesures de la performance clinique et, ainsi, développer un répertoire de mesures efficaces de résultats en soins infirmiers et d'assurer la mise en œuvre collective et réussie d'une méthodologie éprouvée de collecte de données.

Une analyse ou regard critique de l'article

Cet article d'une chercheuse américaine rappelle bien la responsabilité sociale et économique des infirmières et les faits saillants de l'évolution trop lente de la mesure en soins infirmiers aux États-Unis. Malgré maints efforts, dont l'implantation audacieuse d'une stratégie nationale en matière d'évaluation de la qualité (*National Quality Forum*) et des efforts importants de la communauté professionnelle, l'objectif d'évaluer la pratique infirmière et ses résultats/impacts sur la santé en promotion de la santé, en prévention et gestion de la maladie et en soins de

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

confort/fin de vie tarde à se déployer efficacement. Les enjeux qui empêchent le plein déploiement d'une stratégie concertée efficace portent à réfléchir, notamment sur le besoin d'évidences supplémentaires sur le sujet de la mesure des impacts de la pratique professionnelle et sur les capacités d'accès, d'exploitation et d'utilisation des données. Bien que les efforts doivent se poursuivre pour développer davantage d'évidences scientifiques pour mieux mesurer les résultats des soins infirmiers, un changement de paradigmes et une révision des stratégies d'action sont requis dès maintenant. Une volonté réelle de travailler avec les données scientifiques et les informations cliniques et administratives déjà disponibles, et un intérêt marqué en soins infirmiers sur cet aspect peu développé et peu standardisé, sont nécessaires au sein même de notre communauté professionnelle et doivent se consolider sans délai. Attendre que les conditions idéales soient en place pour y arriver n'est plus un choix pour la profession infirmière. Avec leadership, se concerter et agir efficacement en matière de mesure des soins infirmiers doivent devenir la norme au sein de la profession. Dans le contexte actuel de pressions financières et sociales importantes, il en va de la survie à long terme de la profession infirmière au sein des réseaux de santé.

A World Health Organization field trial assessing a proposed ICD-11 framework for classifying patient safety events

Source : Forster, A.J., Bernard, B., Drösler, S.E., Gurevich, Y., Harrison, J., Januel, J-M., Romano, PS., Southern, D-A., Sundararajan, V, Quan, H. et al. « A World Health Organization field trial assessing a proposed ICD-11 framework for classifying patient safety events », *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 29, Issue 4, August 2017, Pages 548–556 <https://academic.oup.com/intqhc/article/29/4/548/3869517>

Résumé critique

Cette étude, réalisée dans le cadre du développement de la 11^e Révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), avait pour objectif d'évaluer le cadre des nouvelles règles proposées pour coder des événements liés à la sécurité des patients. Les auteurs ont procédé en utilisant une série de 45 vignettes cliniques indépendantes les unes des autres qu'ils ont codées individuellement via une plate-forme en ligne. Les participants à cette étude sont membres du groupe consultatif multidisciplinaire de l'OMS pour la qualité et la sécurité.

Chacun des participants a utilisé le nouveau cadre conceptuel du codage de la qualité des soins et la sécurité des patients avec la CIM-11 qu'ils ont contribué à établir. Ce cadre se compose de trois composantes inspirées par le modèle d'évaluation de la qualité de Donabedian : 1) le dommage subi par le patient (i. e. le résultat en termes de complications associées aux soins); 2) la cause de ce dommage et 3) le mécanisme qui a conduit de la cause au dommage. Les auteurs de l'étude ont défini le concept comme étant « classifiable » si plus de la moitié des participants avaient pu attribuer un code de la CIM-11 pour coder le dommage, la cause et le mécanisme ayant permis de passer de la cause au dommage pour les vignettes. Les vignettes « non-classifiables » ont été évaluées à l'aide d'une approche qualitative.

Le dommage a été « classifiable » pour 31 des 45 vignettes (69 %), alors que seulement 20 vignettes ont pu être classifiées pour la « cause » et le « mode ». Les vignettes « classifiables » étaient celles pour lesquelles il existait une relation claire montrant un lien de cause à effet, par exemple, une erreur d'administration d'un médicament. Les vignettes qui

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

n'ont pas pu être classifiées étaient celles sans possibilité d'attribuer clairement une cause au dommage, par exemple, dans le cas d'un ulcère de pression. Sur les 14 vignettes pour lesquelles le dommage n'était pas évident (31 %), seulement cinq (5) d'entre elles ont été classées pour la cause et le mécanisme. Sur la totalité des vignettes, neuf (9) (20 %) n'ont pas pu être classées à l'aide du cadre établi pour les nouvelles règles de codage avec la CIM-11 pour les trois (3) critères dommage - cause - mécanisme. Ces neuf (9) vignettes contenaient une ambiguïté importante dans la relation entre les résultats des soins et la cause possible d'un dommage.

En conclusion, le cadre proposé pour établir les nouvelles règles de codage avec la CIM-11 a permis la classification de la majorité des événements liés à la sécurité des patients. Pour les vignettes où il n'a pas été possible de coder un dommage, les auteurs ont fait la proposition d'inclure de nouveaux codes dans la CIM-11 à l'issue de cette étude. Pour les vignettes où il existait une ambiguïté dans la relation de cause à effet entre les processus de soins de santé et les résultats, il est resté difficile de trouver des solutions pour les classer.

Cette étude met en lumière la difficulté de réaliser un codage effectif avec la nouvelle révision de la CIM en cours de développement. Elle montre aussi l'intérêt de la CIM-11 pour mettre en évidence des liens de causalité établis sur la base d'une analyse complexe. Le passage de la CIM-10 à la CIM-11 s'accompagnera d'un changement de paradigme majeur : alors que le cadre conceptuel de la CIM-10 établit des règles d'un codage transversal, celui de la CIM-11 établira des règles de codage en *cluster*, c'est-à-dire sur la base d'interactions et d'interconnexions entre des résultats des soins, l'exposition aux soins et les mécanismes qui permettent d'identifier des liens de causalités. Cette approche, fondée sur l'hypothèse de complexité des soins, suggère qu'il peut y avoir plusieurs interactions et/ou interconnexions qui entrent en compétition dans un tel système, puisqu'il s'agit bien de cela ici.

Dans cette étude, on comprend bien que l'interdisciplinarité est une question qui est au cœur du cadre conceptuel de la CIM-11. Alors que l'objet de la CIM-10 est fondé sur la vision unique de servir l'évaluation volumétrique des soins hospitaliers aux fins d'établir la valorisation financière du budget des hôpitaux, la CIM-11 intègre le double objet de l'évaluation volumétrique toujours des soins, mais aussi à part égale, une analyse clinique de la performance des organisations hospitalières des soins.

Il est important que la profession infirmière voie dans cette étude l'intérêt grandissant de la seule classification de l'OMS dont elle boude l'intérêt, alors que c'est sans aucun doute la classification la plus pertinente pour développer un leadership professionnel et disciplinaire aujourd'hui et pour l'avenir. Il est non seulement important, mais indispensable, que les infirmières connaissent et maîtrisent l'outil que représente la CIM. À un moment où le Conseil consultatif sur la qualité des soins et la sécurité des patients du SIDIIEF est en train de rédiger un document sur les modes de financement des soins et le leadership infirmier, cet article tombe à point pour expliquer que la contribution des soins infirmiers dans le développement de la CIM est indispensable.

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Systèmes apprenants et maladies chroniques - Rapport de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Source : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Systèmes apprenants et maladies chroniques. Rapport rédigé par Khalil Moqadem. Québec, Qc : INESSS ;2019. 63 p.

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Systemes-apprenants.pdf

Résumé critique

L'amélioration de la qualité demeure une préoccupation majeure dans le cas des systèmes complexes, tel qu'un système de santé. Cet état des connaissances, publié sous forme d'une méta-analyse, vise précisément l'amélioration des pratiques en matière de soins de santé, au travers de trois (3) approches choisies pour leur potentiel en matière d'amélioration de création de la valeur pour le système et pour le patient (IOM 2011a) : 1) l'approche des systèmes apprenants, 2) l'approche réflexive et 3) l'audit et la rétroaction. Elles se distinguent par leur mécanisme d'action, mais se complémentarisent aisément dans leur mise en œuvre et l'objectif poursuivi.

L'approche des systèmes de soins de santé apprenants (*learning healthcare systems*) est une approche où un système apprend des résultats de ses activités courantes pour améliorer les résultats pour le patient, la population et l'organisation des soins de santé (IOM, 2007). De plus, l'apprentissage en continu, largement mis en avant dans cette approche, repose sur quatre (4) composantes essentielles : 1) les données cliniques et l'informatique, 2) la relation patient-clinicien, 3) la motivation et 4) le développement d'une culture d'apprentissage continu (Maddox et al., 2017).

De manière générale, l'essence de la notion de réflexivité peut se résumer en la réaction rapide (réflexe) et l'anticipation des risques et des conséquences qui peuvent en découler (Beck, 2014). Dans le domaine de la santé, l'approche réflexive est définie comme l'exercice de réflexion, suivi d'un apprentissage que chaque clinicien devra faire pour apporter à sa pratique des améliorations différentielles basées sur de nouvelles données probantes ou sur des données issues des banques de données.

L'audit et la rétroaction ou audit avec retour d'information (Cochrane Collaboration) se définit comme une évaluation, par un tiers, de la pratique professionnelle ou de la performance d'un professionnel pour une période déterminée, par rapport à des normes de pratiques reconnues et dont les résultats sont transmis au professionnel à des fins d'ajustement de sa performance (Flottorp et al., 2010). Fondamentalement, cette approche repose sur des données de la pratique clinique individuelle : ce qui lui confère des atouts puissants : évaluatif, réflexif et constructif.

Ces approches, ayant pour dénominateur commun la facilité d'accès à des données de qualité, ont également toutes les trois (3) la même finalité, à savoir l'amélioration des pratiques, des soins et des services, tant en ce qui concerne le système de santé en général que le patient en particulier. Un autre point de complémentarité concerne le niveau d'intervention de celles-ci, soit à l'échelle clinique (micro), soit à l'échelle administrative (méso). Toutes les trois (3) accordent une grande importance à l'utilisation des données clinico-administratives et sont examinées sous l'angle de la prise responsable des maladies chroniques les plus prévalentes, avec un focus particulier sur les états multi-morbides et constituant des priorités par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Sur le plan structurel, cette synthèse s'articule autour de différentes sections reprenant non seulement les résultats relatifs aux trois (3) approches étudiées, mais présente également des données épidémiologiques relatives aux maladies chroniques et aux états morbides, les principaux besoins en matière de données (données probantes et clinico-administratives), les initiatives et solutions proposées, ainsi que les principales pistes d'action pour aider à la réussite de leur applicabilité sous divers aspects : culturels et organisationnels, technologiques et humains (Maddox et al., 2017; Bousquet et al., 2016; IOM, 2013; Howitt et al., 2012; IOM, 2017). Ces différents aspects font partie intégrante des trois (3) approches étudiées dans cet état de connaissances. Les auteurs clôturent leur document par un schéma logique illustrant la convergence entre les trois (3) leviers étudiés autour de l'élément central qu'est la gestion des données.

L'intérêt de cet article réside dans la qualité de sélection des études retenues, non seulement sur base de la faisabilité des trois (3) approches choisies, qualifiées d'innovantes, mais également, et surtout, sur base de l'analyse réalisée des trois (3) approches, individuellement ou en convergence, en lien avec l'organisation des pratiques de santé. Les diverses leçons apprises au travers de la recherche de littérature sont résumées de manière pertinente au travers d'une structuration du document facilitant une lecture agréable : la plus-value étant représentée par la synthèse des principales pistes d'action en vue d'une mise en œuvre éventuelle.

Note éditoriale :

Selon la politique éditoriale du SIDIIEF, le terme « infirmière » est utilisé à la seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmières que les infirmiers.

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Membres du Conseil consultatif

SOUS LA PRÉSIDENTENCE DE :

Alain Biron, infirmier, Ph. D.

Directeur adjoint, Direction des soins infirmiers, Centre universitaire de santé McGill
Professeur adjoint, École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill
QUÉBEC, CANADA

EUROPE :

Jean-Marie JANUEL, infirmier, Ph. D.

*Senior Researcher, Multidisciplinary Institute
in Artificial Intelligence, Université Grenoble
Alpes*
Membre du Haut Conseil de la Santé Publique
FRANCE

Miguel LARDENNOIS, infirmier, DEA Santé publique
Chef de cellule – Stratégie des professions de
Santé, Service public fédéral – Santé publique
BELGIQUE

Olivier THONON, infirmier, Ph. D.

Chef de service, Département infirmier
Centre hospitalier universitaire de Liège
BELGIQUE

Joachim RAPIN, infirmier, M. Sc.

Adjoint à la direction des soins,
président de la Commission performance
des soins, Centre hospitalier universitaire
vaudois
SUISSE

CANADA :

Brigitte MARTEL, infirmière, M. Sc. Inf.

Directrice des soins infirmiers,
Centre hospitalier universitaire de Québec
QUÉBEC, CANADA

REPRÉSENTANTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :

France LAFRAMBOISE, infirmière, M.Sc. Inf.,
IMHL, ASC, Fellow FORCES

Infirmière gestionnaire et administratrice
de sociétés
Présidente, Ordre régional des infirmières
et infirmiers de Laurentides/Lanaudière
QUÉBEC, CANADA