

Qualité

de la dialyse

POUR UNE ÉVALUATION QUALITATIVE DES PRESCRIPTIONS ET TRANSMISSIONS ÉCRITES EN SERVICE D'HÉMODIALYSE...

G. GARNIER, *cadre infirmier*

Service d'hémodialyse, Centre hospitalier, 10000 Troyes.

INTRODUCTION

Évaluer qualitativement les prescriptions et transmissions écrites en service d'hémodialyse...

Vaste programme du fait :

- de l'image « techniciste » de l'hémodialyse,
- de l'intérêt futile porté à ce thème parfois par certains professionnels de santé qui seront souvent les premiers à se plaindre de ne pas pouvoir retrouver les informations de base,
- de la montée du consumérisme des patients exigeant légitimement une qualité optimale des prescriptions et transmissions écrites des soignants sous peine de mettre en évidence la responsabilité juridique de ces derniers en cas d'incidents dommageables,
- du concept de « qualité » mal perçu dans le milieu hospitalier alors qu'il s'agit simplement de l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs (AFNOR),
- de la notion d'évaluation de plus en plus présente (articles L.710-3 et 4, L.714-23 de la loi du 31/07/1991 portant réforme hospitalière, projet de loi pour le printemps 1996...) mais souvent assimilée à un contrôle répressif.

Tous ces facteurs font que ce thème est et devra être perçu par tous comme indissociable de nos pratiques soignantes quotidiennes.

HISTORIQUE

L'évaluation des pratiques soignantes, basée sur une démarche correctrice et non punitive, est un concept d'apparition récente dans le monde hospitalier.

L'évaluation de la qualité des soins est une démarche critique, individuelle et collective, une méthode d'appréciation des performances permettant :

- de mesurer l'écart existant entre une pratique observée et une pratique préalablement définie à un niveau optimal,
- d'analyser les causes de cet écart,
- de mettre en œuvre des mesures correctives et d'en assurer le suivi.

Pourquoi les écrits sont-ils si pauvres ?

On peut en retrouver la cause principale probablement autour de l'identité infirmière, à travers son image et ses valeurs (origine éthique judéo-chrétienne en passant d'un rôle d'exécutante (auxiliaire du médecin) vers celui d'une professionnelle de santé (décret).

De même, la difficulté pour les infirmier(e)s (I.D.E.) de passer de la tradition orale (la parole) à l'écriture est symptomatique de notre profession.

L'écrit donne un sens à la parole, la fixe sur le papier, engage la personne et transforme la façon de penser.

Dans la réalité, on constate quotidiennement dans nos pratiques qu'écrire sur le

dossier de soins semble être une difficulté. Différentes études ont montré que ce qui est écrit dans le dossier de soins ne parle pas ; que les écrits sont souvent dépersonnalisés, parfois vides de signification en terme de soins infirmiers ou de santé. La syntaxe et le style utilisés les privent souvent de sens et l'activité infirmière n'y est pas totalement reflétée.

L'IDE est tenue de veiller à la qualité de ses écrits. Elle doit apprendre à rédiger, à développer des idées personnelles, à orienter ses écrits vers son rôle propre et vers la personne soignée, à opérer des analyses et des synthèses. Elle a une responsabilité non négligeable dans la chaîne des soins aux malades. Elle doit être en mesure de justifier ses interventions.

Concernant

le contexte réglementaire :

La réglementation traduit l'évolution professionnelle (reconnaissance des compétences et création du service infirmier) et les contraintes économiques que subit le système hospitalier (évaluation des activités et des coûts).

Dans le domaine professionnel : des textes font référence au dossier de soins sans en définir le contenu :

1) Le décret n° 93.345 du 15/03/1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'IDE dans les articles 2 et 8 :

* l'IDE est responsable de l'élaboration, l'utilisation et la gestion du dossier des soins infirmiers (SI) ;

* l'IDE propose, organise, participe et collabore à des actions de recherche dans le domaine des SI.

2) La circulaire n° 387 du 15/09/1989 appelée circulaire « Evin » spécifiant que l'organisation, la continuité et la qualité des soins infirmiers (QSI) nécessitent l'élaboration et la gestion du dossier de SI. Celui-ci fait partie du dossier du malade.

Qualité

de la dialyse

Sur un plan plus général, la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 aborde de façon plus précise les aspects concernant le dossier du malade, la reconnaissance IDE et les pratiques professionnelles.

Il est impératif que les activités de soins soient mentionnées de façon claire et précise. La date et l'heure du soin doivent toujours être indiquées ainsi que le nom de la personne qui l'a exécuté. On doit pouvoir toujours identifier la personne qui est intervenue dans les soins au malade. La mention « l'IDE » ou « l'ASH » ou « l'interne de garde » comme signature est à proscrire. Pour éviter les erreurs, chaque page du dossier doit porter le nom ou le numéro d'identification du patient.

Doivent figurer dans le dossier de soins les prescriptions médicales. « Toute prescription médicale, sauf urgence, doit être écrite, qualitative et quantitative, datée et signée par le médecin » (article 4 du décret du 15 mars 1993). La signature doit être authentifiable (article 3 de l'arrêté du 9 août 1991 portant application de l'article R 5203 du Code de Santé Publique (CSP)). Or, on peut observer dans la pratique quotidienne de fréquents dysfonctionnements relatifs à la prescription médicale (mal remplie, illisible, écrite par l'infirmière...).

Il convient de noter que les informations contenues dans le dossier de soins infirmiers sont reconnues comme ayant une valeur probante devant les tribunaux.

On constate dans notre activité quotidienne que la continuité des soins est assurée par un plus grand nombre d'intervenants qui se succèdent (partage de la journée en plusieurs équipes, développement du temps partiel...). Dans cette dynamique s'ajoute un élément : comment évaluer la QSI sans démarche scientifique ? Ainsi, à l'origine document rudimentaire, le dossier de soins devient un outil méthodologique qui permet à

l'équipe soignante d'assurer la continuité des soins, de répondre à un souci d'efficacité et d'améliorer ses prestations.

Concernant le dossier de soins :

Il est nécessaire d'insister sur le sens avant de s'attaquer à la méthodologie du dossier de soins :

- * pour que chacun accepte d'écrire des informations, il faut qu'il comprenne l'utilisation qui en sera faite,
- * pour que le dossier soit utilisé, il faut que chacun y trouve ce dont il a besoin.

L'élaboration du dossier du malade repose sur 3 principes :

- * toutes les informations servent à quelqu'un,
- * toutes les informations nécessaires s'y trouvent,
- * il n'y a pas de réécriture.

L'évaluation du contenu du dossier de soin est essentielle :

- * les informations sont-elles complètes et servent-elles toutes à quelqu'un ?
- * quant à l'agencement du dossier, les informations ne sont-elles pas répétées ? sont-elles rapidement accessibles ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'opportunité d'informatiser nos feuilles de séances d'hémodialyse (base du dossier de soins dans notre service) nous a amenés à redéfinir les normes qualitatives de prescriptions et transmissions écrites.

Pour évaluer notre niveau de compétence, nous nous sommes inspirés de la méthodologie du « Nursing Audit » créée par M.C. Phaneuf aux États-Unis.

Cette méthodologie est basée sur le contrôle répété des soins par l'examen des dossiers selon le principe de l'auto-évaluation.

Cette approche du « Nursing Audit » se décompose en 10 étapes :

1. Le choix du thème

Le choix d'évaluer la qualité des prescriptions et transmissions écrites trouve son origine dans diverses insuffisances constatées sur les feuilles de dialyse ayant déclenché des quiproquos sans conséquence dommageable sur l'instant mais engendrant des dysfonctionnements latents répétés.

2. Élaboration de l'objectif

Parvenir à une qualité optimale des prescriptions et transmissions écrites dans notre service.

3. Élaboration des critères

A partir de normes de critères adaptés à la spécificité du service (tableaux II, III, IV).

4. Élaboration de la grille de données

Selon l'approche rétrospective, définie comme une technique où l'on applique les critères de mesure à des situations passées.

5. Sélection des données

Par le recueil et la compilation des données à l'aide de feuilles d'observation élaborées.

6. Analyse et interprétation des données

Faite manuellement pour cette étude par un comité d'évaluation constitué de soignants du service.

7. Présentation des résultats

Après chaque évaluation, les résultats ont été présentés à l'ensemble de l'équipe sous forme de tableaux reprenant les points forts et les points faibles.

Qualité de la dialyse

8. Recommandations et plan du suivi

Suite aux écarts constatés entre le théorique souhaité et la pratique réalisée, l'interprétation des résultats a permis de proposer des recommandations qui ont été elles-mêmes évaluées par la suite.

9. Suivi et contrôle ultérieurs

Quatre évaluations sur 24 mois ont été pratiquées à partir de la même grille de données selon la même méthodologie rétrospective.

10. Synthèse et compte-rendu

Cette étape est indispensable pour formaliser les résultats obtenus et les recommandations proposées.

S'appuyant sur cette méthodologie rigoureuse, quatre séries d'auto-évaluations réalisées sur 24 mois ont permis :

- de relever, à partir d'une grille validée de normes et de critères, les prescriptions médicales et les transmissions soignantes écrites, sur un échantillon aléatoire respectivement de 310 et 70 feuilles de séances de dialyse ;

- puis de mettre en place un plan de changement en fonction des résultats obtenus.

L'auto-évaluation des feuilles de dialyse se décompose en 3 parties distinctes (tableaux II, III et IV), elles-mêmes divisées en critères mesurant chacun un standard précis.

RÉSULTATS

Les résultats portent sur l'évaluation de ces critères, selon la classification suivante :

Tableau I : Les prescriptions et transmissions écrites dans le service d'hémodialyse du Centre hospitalier de Troyes (synthésisant l'ensemble de l'étude).

Tableau II : L'identification du patient.

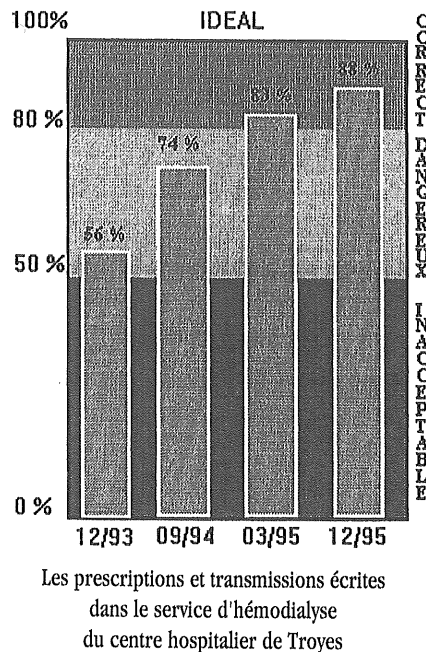


Tableau III : La feuille de prescriptions médicales.

Tableau IV : Les transmissions écrites soignantes complétées, à titre indicatif, par des données annexes dissociées de cette étude.

DISCUSSION

Sans chercher à extrapoler et à vouloir analyser tous ces résultats en détail, nous pouvons mettre en évidence deux points précis :

1 - L'auto-évaluation par la méthodologie du « Nursing Audit » a permis de sensibi-

liser tous les acteurs intervenant dans le service à une remise en cause salutaire de leurs pratiques professionnelles.

Pour cela, il a été nécessaire d'expliquer et de mobiliser l'ensemble des soignants afin qu'ils comprennent :

- * l'intérêt et l'enjeu de l'évaluation de la qualité des soins,
- * les concepts de l'évaluation et de la qualité attendues des écrits selon les textes en vigueur et les normes édictées au sein du service.

Les soignants doivent être à même de différencier les notions de contrôle et d'évaluation :

Contrôler, c'est faire référence à une norme qui ne serait pas respectée.

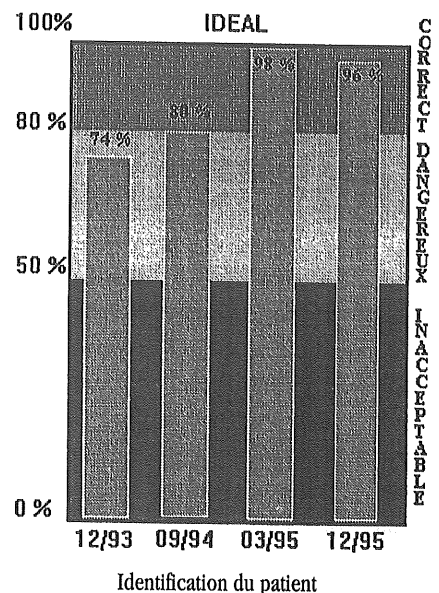


Tableau II.
L'identification du patient

Identification du patient (70 feuilles)	Déc. 93	Sept. 94	Mars 95	Déc. 95
Le nom complet du patient est inscrit	100 %	100 %	100 %*	100 %*
La date complète est inscrite	76 %	84 %	100 %*	100 %*
Le type de générateur et son numéro sont inscrits	85 %	83 %	97 %	93 %
Le dialyseur, l'anticoagulation et le bain sont notés	85 %	94 %	100 %*	100 %*
Le calcul de l'ultrafiltration est détaillé et noté	48 %	63 %	91 %	88 %
L'abord vasculaire est précisé lisiblement et explicitement	52 %	54 %	100 %*	100 %*

* Informatisation des dossiers depuis janvier 1995.

Qualité de la dialyse

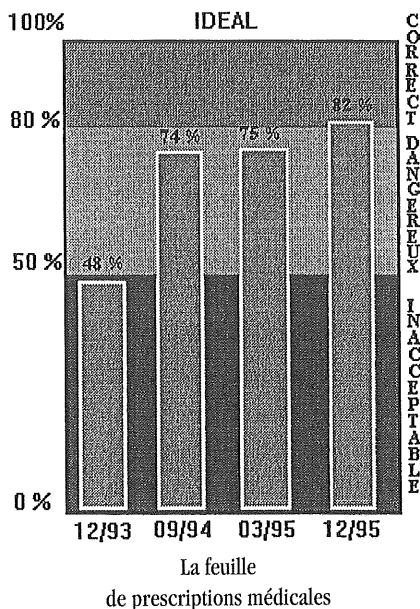


Tableau III.
La feuille de prescriptions médicales

La feuille de prescriptions médicales (310 feuilles)	Déc. 93	Sept. 94	Mars 95	Déc. 95
Est lisible et claire	64 %	84 %	87 %	86 %
Ne comporte que des informations médicales	non évaluable (n.e)	95 %	85 %	94 %
Est rédigée par le médecin	36 %	77 %	56 %	78 %
Est signée, datée, la durée de prescription est précisée	23 %	18 %	24 %	55 %
Comporte le nom lisible et complet du médicament prescrit	54 %	87 %	90 %	93 %
Le mode d'administration est détaillé	52 %	67 %	57 %	78 %
Les cases « à faire », « avertissement » et « autres prescriptions » sont respectées	66 %	73 %	87 %	92 %
Les examens sont prescrits par écrit par les médecins	44 %	67 %	72 %	75 %
Le rendez-vous pris est noté à côté de la prescription	n.e.	92 %	100 %	100 %
Le contrôle de l'exécution de la prescription est possible	n.e.	88 %	88 %	98 %

Évaluer, c'est apprécier l'utilité et l'efficacité de la norme pour éventuellement la modifier ou la changer.

Le contrôle et l'évaluation sont des procédures l'une et l'autre nécessaires mais radicalement différentes. Le contrôle est une recherche de conformité, l'évaluation une recherche de résultat.

Ce principe étant assimilé, l'évaluation des pratiques soignantes par les feuilles de dialyse n'est plus perçue comme une sanction mais au contraire comme une recherche de résultats tendant vers une qualité optimale des prescriptions et transmissions écrites.

Les différentes réunions intermédiaires entre les quatre évaluations ont permis de présenter les résultats obtenus à l'ensemble du personnel concerné et de réajuster les dysfonctionnements constatés par des mesures correctives recommandées.

En utilisant la méthodologie d'auto-évaluation du « Nursing Audit », l'implication demandée aux soignants associée au sérieux et à la rigueur pratiqués dans la démarche évaluative, montrent que cette méthodologie est tout à fait transposable dans notre secteur d'activité.

En outre, le « Nursing Audit » basé sur une évaluation rétrospective des feuilles de séances d'hémodialyse présente certains avantages :

- il s'agit d'une évaluation a posteriori par recueil indirect,
- l'accès aux données est pratique et facile,
- cette méthode peu coûteuse donne une idée globale de la séance d'hémodialyse,
- cette technique d'évaluation évite les inconvénients d'une évaluation prospective tels que :
 - * le comportement artificiel de l'observé : effet Hawthorne
 - * l'observateur influencé par l'observé : effet Halo
 - * les réponses de complaisance et de gêne.

2 – Le second intérêt retiré du « Nursing Audit » est la mise en évidence de résultats probants sur la qualité et la quantité des prescriptions et transmissions écrites.

Pour y parvenir, plusieurs facteurs corroborent cette démarche :

- la rigueur méthodologique de l'évaluation (exemple : si un seul de la dizaine de prénoms de soignants notés sur la feuille

de séance est illisible, l'ensemble est comptabilisé comme erroné),

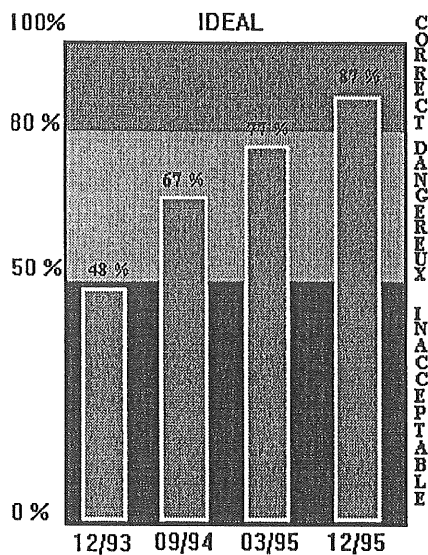
- les résultats obtenus ont été intégrés dans la pratique quotidienne,
- un nouvel état d'esprit des acteurs de santé a permis de tendre, par émulation, vers une qualité accrue des prescriptions et transmissions écrites selon les normes définies par les critères d'évaluation,
- l'informatisation (depuis janvier 1995) des paramètres de bases de la feuille de séance d'hémodialyse a permis d'optimiser la qualité de certaines informations relatives à l'identification du patient. Par contre, faute de rigueur dans les prescriptions et transmissions écrites, il serait impossible d'obtenir des données informatisées validables et fiables. En effet, il est utopique de vouloir informatiser tout ou partie de la feuille de séance d'hémodialyse si tous les professionnels de santé concernés n'ont pas clarifié et validé leur mode d'utilisation de cet outil de communication.

L'étude réalisée montre :

de nombreux progrès significatifs :

- rigueur dans le remplissage des données médicales et soignantes,

Qualité de la dialyse



Les transmissions écrites soignantes

- lisibilité des prescriptions et des transmissions écrites,
- identification précise du soignant,
- identification des soins dispensés,
- synthèse écrite systématique de la séance ;

mais aussi encore quelques insuffisances notoires :

- identification, date et durée de prescription,
- évaluation des résultats des actions de soins et des réajustements pratiqués,
- transmissions écrites non infirmières.
- formalisation par écrit des soins non techniques (à signaler que les soins préventifs et éducatifs sont habituellement notés sur un document spécifique).

Les tableaux présentés dans la partie résultat corroborent cette évolution globale positive de 56 % à 88 % en 24 mois permettant d'obtenir actuellement un standard de qualité valable.

CONCLUSION

Cette étude montre que l'évaluation qualitative des pratiques soignantes peut et doit s'inscrire dans nos activités professionnelles.

Tableau IV.

Les transmissions écrites soignantes

Les transmissions écrites soignantes (70 feuilles)	Déc. 93	Sept. 94	Mars 95	Déc. 95
Ne sont inscrites que les observations utiles	100 %	95 %	98 %	100 %
Tous les prénoms des soignants sont indiqués de façon lisible	n.e.	38 %	97 %	93 %
Chaque soin inscrit est contresigné par le prénom d'un soignant	n.e.	50 %	74 %	86 %
Les prénoms de l'IDE et de l'aide-soignant effectuant le branchement sont inscrits	92 % (IDE au verso)	83 %	91 %	93 %
Les constantes (heure, tension artérielle avant, pendant et après dialyse) sont inscrites	77 %	81 %	97 %	92 %
Le type et le dosage d'anticoagulant sont notés lisiblement et explicitement	n.e.	86 %	98 %	97 %
Une surveillance (tension artérielle + générateur) est effectuée au minimum toutes les heures	44 %	67 %	92 %	93 %
Les constantes du générateur sont inscrites complètement à chaque contrôle	20 %	43 %	68 %	86 %
Le résultat de la restitution et le poids après sont notés de façon explicite	50 %	87 %	80 %	86 %
Les résultats des actions de soins sont évalués	14 %	68 %	38 %	67 %
Les réajustements suite aux actions de soins sont notés	22 %	40 %	27 %	59 %
Une synthèse écrite de la séance est réalisée, l'évolution est repérable et signée dans la partie « transmission »	10 %	34 %	44 %	84 %
Les informations écrites sont descriptives et exemptes de jugement de valeur	100 %	100 %	100 %	100 %

Les transmissions écrites soignantes (données complémentaires)	Déc. 93	Sept. 94	Mars 95	Déc. 95
Les actions de soins sont notées et signées				
• soins curatifs non spécifiques à la dialyse	41 %	29 %	34 %	48 %
• soins relationnels	0 %	0 %	5 %	7 %
• soins de confort	0 %	0 %	2 %	6 %
• soins d'éducation, de prévention	0 %	1 %	3 %	6 %
Une transmission écrite par un aide-soignant est notée	0 %	2 %	2 %	9 %
Une transmission écrite par un ASH (hors repas) est notée	0 %	0 %	0 %	0 %
Une transmission écrite par une autre personne est notée (secrétaire, cadre infirmier, technicien, diététicienne, assistante sociale...)	0 %	5 %	2 %	7 %

Le suivi régulier, l'amélioration qualitative des écrits engendrant moins de dysfonctionnements, la « culture » d'évaluation des pratiques acceptée puis recherchée par les acteurs de santé..., l'ensemble de ces paramètres montre

qu'une remise en cause salutaire des pratiques professionnelles peut et doit être perçue positivement par les infirmières, les aides-soignantes et tous les soignants intervenant en centre d'hémodialyse mais également par les médecins.

Qualité de la dialyse

Le « Nursing Audit » s'inscrit dans une démarche d'éthique professionnelle visant à responsabiliser les soignants et à promouvoir une approche systémique de la prise en charge du patient hémodialysé qui est au centre de nos activités professionnelles ; à nous d'en être pleinement acteur et non pas agent passif « subissant » l'avènement du concept d'évaluation...

Références bibliographiques

(1) Beraud C. *et al.*, *Évaluer les activités hospitalières*, Journal Économie Médicale, Tome 7, 1989.

(2) Décret n° 93.345 du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels de la profession d'infirmière.

(3) Gueraud M.A., *L'évaluation de la qualité des soins infirmiers* (La méthode), A.N.D.E.M., 1993.

(4) Loi n° 91.749 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

(5) Phaneuf M.C., *The Nursing Audit, Profile for excellence*, 1^{re} ed., 1972, New York, Ed. Appleton, Century, Crofts.

