

Université de Lille
Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé (ILIS)

Master 2 Management Sectoriel Parcours MES option Renforcé Recherche

Année Universitaire 2020 - 2021

Clara TIMMERMAN

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

Les évaluations des pratiques professionnelles, un outil indispensable à la performance des établissements sanitaires : construction, réalisation et impacts des évaluations des pratiques professionnelles

Sous la direction de Madame le Docteur Valentine BAERT

Composition des membres du jury :

- Président du jury : Dr Ludivine CANIVET, Maître de conférence à l'Université de Lille
- Directrice de mémoire : Dr Valentine BAERT, Attachée temporaire d'enseignement et de recherche
- Troisième membre du jury : Mme Aurélie DESANTE, Ingénieure qualité

Date de la soutenance : 17 septembre 2021

Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé (ILIS)
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
TABLE DES TABLEAUX	3
TABLES DES FIGURES	4
REMERCIEMENTS	5
PARTIE 1 : INTRODUCTION	6
I. De la démarche qualité aux évaluations des pratiques professionnelles	6
A. L'avènement de la qualité dans le monde	6
B. La démarche qualité à l'hôpital.....	9
C. Les évaluations des pratiques professionnelles	16
D. Les évaluations des pratiques professionnelles : un impact jamais évalué ?.....	23
II. Objectif de l'étude	25
PARTIE 2 : MATÉRIEL ET MÉTHODES	26
I. Méthodologie d'implémentation de l'EPP	27
A. Phase 1 : Préparation.....	27
B. Phase 2 : Mise en œuvre	37
C. Phase 3 : Synthèse et plan d'action	38
D. Phase 4 : Suivi	39
II. Analyse statistique	41
A. Différence de proportion.....	41
B. Intervalle de confiance	41
PARTIE 3 : RÉSULTATS	43
I. Audit de dossiers	43
A. Caractéristiques de la population d'étude	43
B. Taux de conformité obtenus et analyse statistique.....	48
II. Enquête de pratiques	50
A. Caractéristiques de la population d'étude	50
B. Taux de conformité obtenus et analyse statistique.....	52
III. Communication	55
PARTIE 4 : DISCUSSION	56
I. Rappel de l'objectif	56
II. Principaux résultats obtenus	56
III. Conformité des résultats aux attentes	56
IV. Explications des résultats	56
V. Forces et limites de l'étude	59
VI. Perspectives de recherche	61
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
TABLE DES MATIÈRES	68
GLOSSAIRE	71
TABLE DES ANNEXES	72

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Méthodologie de mise en œuvre de l'EPP*	18
Tableau 2 - Liste des critères relatifs aux pratiques professionnelles.....	31
Tableau 3 - Liste des critères relatifs à la traçabilité.....	32
Tableau 4 - Échantillonnage prévu « Audit dossiers patients »	35
Tableau 5 - Échantillonnage prévu « Enquête de pratiques »	35
Tableau 6 - Échéancier des actions	37
Tableau 7 - Formules pour la différence de proportion.....	41
Tableau 8 - Répartition des dossiers patients par unité (1 ^{er} tour)	43
Tableau 9 - Répartition des dossiers patients par sexe (1 ^{er} tour)	43
Tableau 10 - Répartition des dossiers patients par âge (1 ^{er} tour).....	44
Tableau 11 - Répartition des dossiers par nombre de plaies observées (1 ^{er} tour)	45
Tableau 12 - Répartition des dossiers patients par unité (2 nd tour).....	46
Tableau 13 - Répartition des dossiers patients par sexe (2 nd tour).....	46
Tableau 14 - Répartition des dossiers patients par âge (2 nd tour)	47
Tableau 15 - Répartition des dossiers par nombre de plaies observées (2 nd tour).....	47
Tableau 16 - Évolution des taux de conformité entre le 1 ^{er} et le 2 nd tour d'évaluation, différence de proportion, intervalle de confiance et significativité (Audit de dossier).....	48
Tableau 17 - Répartition des soignants interrogés par service (1 ^{er} tour)	50
Tableau 18 - Répartition des soignants interrogés par fonction (1 ^{er} tour)	50
Tableau 19 - Répartition des soignants interrogés par service (2 nd tour).....	51
Tableau 20 - Répartition des soignants interrogés par fonction (2 nd tour)	51
Tableau 21 - Évolution des taux de conformité entre le 1 ^{er} et le 2 nd tour d'évaluation, différence de proportion, intervalle de confiance et significativité (Enquête de pratiques)	53

TABLES DES FIGURES

Figure 1 - La première forme des cartes de contrôles (1924).....	7
Figure 2 - Exemple de diagramme Cause-Effet	9
Figure 3 - Les concepts de la qualité.....	12
Figure 4 - Le cycle de la qualité.....	13
Figure 5 - Illustration de la Roue de Deming	14
Figure 6 - Roue de Deming appliquée au domaine de la qualité (selon la HAS).....	15
Figure 7 - Cadre réglementaire de l'EPP.....	17
Figure 8 - Logigramme des soins préventifs de l'escarre	28
Figure 9 - Logigramme des soins curatifs de l'escarre	29
Figure 10 - Diagramme de répartition des dossiers patients par unité (1 ^{er} tour).....	43
Figure 11 - Diagramme de répartition des dossiers patients par sexe (1 ^{er} tour).....	43
Figure 12 - Diagramme de répartition des dossiers patients par âge (1 ^{er} tour)	44
Figure 13 - Diagramme de répartition des dossiers par nombre de plaies observées (1 ^{er} tour).....	45
Figure 14 - Diagramme de répartition des dossiers patients par unité (2 nd tour)	46
Figure 15 - Diagramme de répartition des dossiers patients par sexe (2 nd tour)	46
Figure 16 - Diagramme de répartition des dossiers patients par âge (2 nd tour).....	47
Figure 17 - Diagramme de répartition des dossiers patients par nombre de plaies observées (2 nd tour)	47
Figure 18 - Diagramme de répartition des soignants interrogés par service (1 ^{er} tour).....	50
Figure 19 - Diagramme de répartition des soignants interrogés par fonction (1 ^{er} tour).....	50
Figure 20 - Diagramme de répartition des soignants interrogés par service (2 nd tour)	51
Figure 21 - Diagramme de répartition des soignants interrogés par fonction (2 nd tour)	51

REMERCIEMENTS

Je tiens, en premier lieu, à exprimer toute ma gratitude à l'ensemble des personnes qui ont contribué au succès de mon stage et qui m'ont aidé dans la rédaction de ce mémoire.

J'adresse mes sincères remerciements à Monsieur Hervé HUBERT, responsable de la filière management de la qualité et des risques dans les structures sanitaires et médico-sociales au sein de la Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé de Lille (ILIS), pour m'avoir permis de réaliser ce mémoire sur un sujet auquel je porte un grand intérêt.

Je tiens, ensuite, à remercier Madame Valentine BAERT, directrice de mémoire, pour m'avoir soutenue, aidée et accompagnée, mais également pour l'ensemble de ses précieux conseils qui ont nourri ma réflexion tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je souhaite remercier Madame Aurélie DESANTE, Ingénieure Qualité au sein du Centre Hospitalier d'Hazebrouck et maître de stage, pour son accompagnement et sa bienveillance durant ce stage de professionnalisation. Ainsi, le temps, l'intérêt, l'attention et les conseils qui m'ont été octroyés m'ont permis d'acquérir des connaissances et compétences nouvelles, nécessaires à l'exercice de mes futures fonctions.

Je remercie Madame Sylvie LECOUSTRE et Monsieur François DHAINE, Directrice du Centre Hospitalier d'Hazebrouck et Directeur adjoint responsable des ressources humaines, pour m'avoir permis de réaliser ce stage de professionnalisation au sein de cette structure, où il fait si bon vivre.

Je remercie chaleureusement l'ensemble des professionnels évoluant au sein du Centre Hospitalier d'Hazebrouck, et plus particulièrement Mesdames Aïcha HAJJI et Nadège RICHET, pour leur accueil, leur bonne humeur, leur considération et leur collaboration, grâce auxquels j'ai passé une année très agréable et extrêmement riche en apprentissages. Je garderai toujours à l'esprit tous ces bons et agréables moments d'échange avec ces différents professionnels qui m'ont permis de me sentir pleinement intégrée à la vie de l'établissement.

Enfin, je tiens à remercier mes camarades de la promotion recherche pour leur solidarité, qui m'a été d'une grande aide dans la réalisation de mes différents travaux.

PARTIE 1 : INTRODUCTION

I. De la démarche qualité aux évaluations des pratiques professionnelles

A. L'avènement de la qualité dans le monde

Auguste Comte disait « On ne connaît bien une science que lorsque qu'on en connaît son histoire ». L'histoire de la qualité débute il y a plus de 4 000 ans. (1)

1) Des prémices de la qualité au 18ème siècle

L'ambition du « toujours mieux » et la recherche d'une qualité toujours meilleure ne sont pas récentes. En effet, l'histoire montre qu'elles trouvent leurs premières traces au XVIIIème siècle avant J.-C. avec le code d'HAMMOURABI, code attribué au roi HAMMOURABI qui a régné sur Babylone de 1792 à 1750 avant J.-C. (2,3) Ce code, en 282 arrêts, définit les droits et les devoirs des différentes catégories composant son peuple. L'arrêt 233, par exemple, énonce « Si un architecte a construit une maison pour quelqu'un, et n'a pas solidement basé son œuvre, si un mur tombe, cet architecte affermira ce mur à ses propres frais ». (4) On retrouve donc, ici, l'obligation pour le maçon de refaire un mur mal bâti.

Au XVème siècle avant J.-C., en Égypte, des inspecteurs indépendants effectuaient un contrôle du travail des tailleurs de pierre. (1) En 1664, Jean-Baptiste COLBERT, contrôleur général des finances et secrétaire d'État de la Maison du roi sous Louis XIV, déclare : « Si nos fabriques imposent à force de soin la qualité supérieure de nos produits, les étrangers trouveront avantage à se fournir en France et leur argent affluera dans le royaume ». (1,2)

L'histoire est donc jalonnée de règles édictées par les pouvoirs étatiques visant à imposer une certaine qualité des produits finis.

2) Le tournant de la révolution industrielle

Si la qualité est une notion ancienne, le concept de qualité apparaît, lui, avec l'émergence de la production industrielle de masse au cours des années 20, période du Taylorisme. (1)

Le Taylorisme, aussi appelé, l'Organisation Scientifique du Travail (OST) repose sur une double division du travail : une division verticale, entre les ingénieurs qui « pensent »

et les ouvriers qui « exécutent » et une division horizontale, c'est-à-dire une parcellisation, une segmentation des tâches entre les différents postes de travail, où chaque ouvrier effectue quelques gestes élémentaires délimités et répétitifs.(5) Un contrôle de la production est effectué à l'issue des étapes jugées déterminantes pour s'assurer de la conformité des produits fabriqués. (1)

En 1924, la célèbre entreprise « Bell Telephone » aux États-Unis, connaît de gros problèmes de non-qualité sur ses produits. Pour faire face à cette situation, est créé un département qualité sous la direction de W. Shewart. Il donne alors une nouvelle définition de la notion de contrôle : « On dit qu'un phénomène est sous contrôle lorsqu'en utilisant l'expérience du passé, on peut prévoir, entre certaines limites, de quelle façon il variera dans l'avenir ». Il ne s'agit alors plus de corriger les défauts d'un produit fini mais de faire en sorte que les caractéristiques de la qualité soient stables avec des variations aussi faibles que possible. (6) Ce dernier va alors développer progressivement, avec d'autres mathématiciens, la théorie du raisonnement probabiliste et les techniques d'analyse statistique afin de contrôler des paramètres prédéfinis sur la base d'un échantillonnage ainsi qu'un outil appelé « Graphique de contrôle ». (figure 1) (3,7)

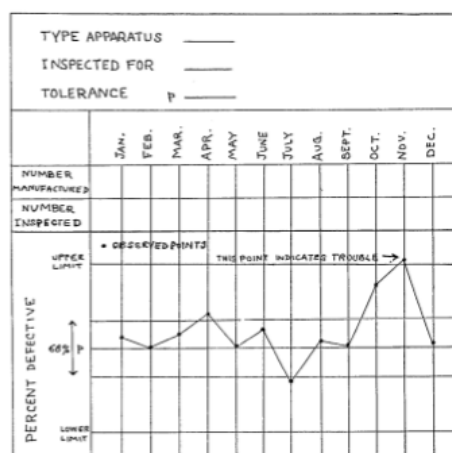


Figure 1 - La première forme des cartes de contrôles (1924)

En France, ces principes ne seront réellement utilisés qu'avec la mise en œuvre du plan MARSHALL, après la seconde guerre mondiale. Toutefois, en 1926 l'Association Française de Normalisation (A.F.N.O.R) est créée. Elle donne une première définition de la qualité et a pour objectif de promouvoir le principe de normalisation au sein des industries françaises et de maintenir son rang sur la scène internationale. En 1941, la marque NF est créée afin d'attester de la qualité des productions françaises, notamment dans les secteurs du gaz, du charbon et des ciments. (3)

Cette période est marquée par le développement de la qualité sous le prisme du contrôle. La notion de gestion de la qualité, de management de la qualité est quasiment inexistante. (3)

3) De la fin de la seconde guerre mondiale aux années 60

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le Japon est vaincu et son économie est en ruine. L'archipel du Japon, extrêmement peuplé mais dépourvu de ressources naturelles, doit reconstruire son économie et son industrie d'après-guerre et crée la J.U.S.E (Japanese Union of Scientist and Engineers). Cette structure doit aider les entreprises nippones à se relever. Et c'est alors qu'en 1947, des experts américains de la gestion d'entreprise et du contrôle qualité, parmi lesquels se trouve DEMING, sont envoyés à Tokyo. En 1950, il rencontre quelques cadres de l'industrie proche du Keidanren, la fédération patronale japonaise. DEMING prouve alors que l'obtention de la qualité nécessite l'implication de tous les acteurs de l'entreprise et repose sur la maîtrise des processus basés sur un cycle dynamique et itératif : le Plan, Do, Check, Act. L'industrie japonaise adopte aussitôt les théories de DEMING sur le management. Dix ans plus tard, l'arrivée massive des produits japonais, notamment dans le secteur de l'automobile, encourage les industriels occidentaux à mettre en œuvre des démarches du type « assurance qualité », « qualité totale ». C'est à cette époque que CROSBY se fait connaître. Il perçoit la qualité en tant que conformité à des critères. Tout produit répondant à ses propres critères est de haute qualité. Il est à l'origine du concept « Zéro défaut », selon lequel les objectifs de la qualité peuvent être atteints par prévention et non après coup, et il est également à l'origine de la notion du « coût de la non-qualité ». (1)

En 1951, FEINGENBAUM est le premier auteur à utiliser l'expression « contrôle de la qualité totale » dans son ouvrage « Total Quality Control ». Il y définit cette qualité totale comme un système qui intègre efficacement les efforts des divers groupes d'une organisation pour développer, maintenir et améliorer la qualité. Pour lui, les quatre composantes de la qualité totale : technique, administrative, économique, métrique, doivent être prises en compte pour l'atteindre. (8)

En 1962, ISHIKAWA édite un manuel sur la maîtrise de la qualité. Il travaille sur des méthodes de résolution de problème. Il est le père fondateur du diagramme cause-effet qui

porte son nom. La synthèse de sa démarche est connue sous le nom des « 7 outils de la qualité ». (figure 2) (1,8)

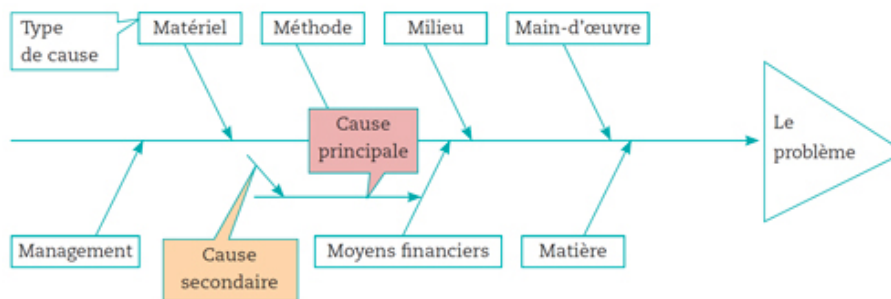


Figure 2 - Exemple de diagramme Cause-Effet

Au fil des décennies, le concept de qualité a donc évolué, passant d'un système correctif : une qualité constatée, à un système préventif : une qualité maîtrisée. (1)

4) Des années 70 à nos jours

A partir de 1979, un grand chantier est lancé au niveau international par l'International Organisation for Standards (ISO) pour définir des normes internationales en termes de qualité. Les principaux pays industrialisés y participent. Et c'est en 1987 que les normes ISO* 9000, relatives à l'organisation, au management et aux méthodes de l'assurance qualité naissent. La conformité d'une entreprise peut, dès lors, faire l'objet d'une reconnaissance externe, de type certification ou accréditation. (1,3)

Jusqu'alors réservées aux entreprises, les notions de qualité, de certification, d'accréditation, etc. vont faire leur apparition au sein des établissements sanitaires. En effet, dans les années 80, en France, les pouvoirs publics définissent un cadre législatif et réglementaire relatif à la qualité de la prise en charge des usagers au sein des établissements de santé. De nombreuses lois et ordonnances voient le jour. On note également la création, en 1989, par le ministère de la Santé, de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (A.N.D.E.M), qui sera remplacée en 1996, par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (A.N.A.E.S). (3) Tout cela a permis de faire émerger la notion de « démarche qualité à l'hôpital ».

B. La démarche qualité à l'hôpital

1) Une difficile définition de la notion de qualité

N'est pas chose aisée que de définir la notion de « qualité ». En effet, si de nos jours cette notion de qualité est une notion prépondérante, très largement ancrée dans le

quotidien des établissements sanitaires, force est de constater qu'elle recouvre une réalité et des significations fortement différentes selon les diverses parties prenantes : personnel de direction, personnel soignant, usager, etc. (3)

Il en est de même pour les multiples organismes œuvrant dans le monde de la santé, chacun ayant développé sa propre définition de la qualité. (9)

Il apparaît donc absolument indispensable de réaliser un petit tour d'horizon des différentes définitions de la qualité.

a. Étymologiquement

Étymologiquement, le mot « qualité » vient du latin « qualitas » qui signifie « manière d'être ». « Qualitas » est un terme créé par CICERON sur le modèle du grec « quali » qui signifie « quel ». (10)

b. Le petit Robert

Selon Le Petit Robert, la qualité désigne « une manière d'être non mesurable qui donne une valeur plus ou moins grande ». La qualité s'avère donc être un élément intrinsèque au produit ou au service considéré. (11)

c. L'AFNOR*

L'AFNOR* définit, elle, la qualité comme « l'ensemble des propriétés et des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ». (3)

d. L'International Organization for Standardisation (ISO)

L'ISO* définit la qualité comme « l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins explicites ou implicites des utilisateurs ». (12)

e. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS* propose, elle, une définition de la notion de « qualité des soins », selon laquelle « L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en matière de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale,

au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins ». (13)

f. L'insitute of Medicine (IOM)

L'IOM* donne également une définition de la « qualité des soins » : « capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». (13)

Pour analyser ces différentes définitions, il est important de se pencher tant sur leur fond, c'est-à-dire leur sens, leur signification que sur leur forme, c'est-à-dire les procédés d'écriture utilisés. On s'aperçoit alors que ces définitions diffèrent surtout au niveau de la forme mais sur le fond, elles s'accordent toutes à dire que la qualité est la capacité d'un produit, à répondre à un besoin, à offrir le meilleur résultat possible à ce besoin.

S'il existe de multiples définitions de la qualité, les concepts dans ce domaine sont, eux aussi, tout aussi nombreux. En effet, on retrouve, notamment, les concepts de politique qualité, de système qualité ou encore de démarche qualité.

2) Les concepts de la qualité

a. La politique qualité

Le concept de la « politique qualité » est défini selon la norme ISO* 9000 qui la décrit comme étant « les orientations et intentions générales d'un organisme relatives à la qualité telles qu'elles sont officiellement formulées par la direction ». (figure 3) (3) Ce concept correspond donc à la stratégie élaborée par la gouvernance pour assurer la qualité des services délivrés. Généralement, cette politique qualité est formalisée par écrit, elle permet de cadrer la démarche qualité et de communiquer ses fondements.

b. Le système qualité

Le système qualité se définit, lui, comme « l'ensemble de l'organisation, des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité ». Autrement dit, il s'agit de l'ensemble des moyens humains,

techniques, organisationnels et financiers par lesquels l'établissement met en œuvre la politique qualité et fait fonctionner la démarche qualité. (figure 3) (3)

c. La démarche qualité

Selon l'AFNOR*, la démarche qualité « a pour objet, à partir de la définition d'une politique et d'objectifs, de gérer et d'assurer le développement de la qualité en s'appuyant sur un système qualité mis en place et en utilisant divers outils propres à faciliter l'obtention des objectifs fixés ». (figure 3) (3) C'est donc l'ensemble des actions qui vont être menées pour garantir une amélioration de la qualité au sein de l'établissement.

d. L'assurance qualité

L'ISO* définit l'assurance qualité comme « l'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou service satisfera aux exigences données, relatives à la qualité ». L'assurance qualité vise donc à garantir un niveau constant de qualité grâce à la mise en place d'une organisation interne spécifique. (figure 3) (3)

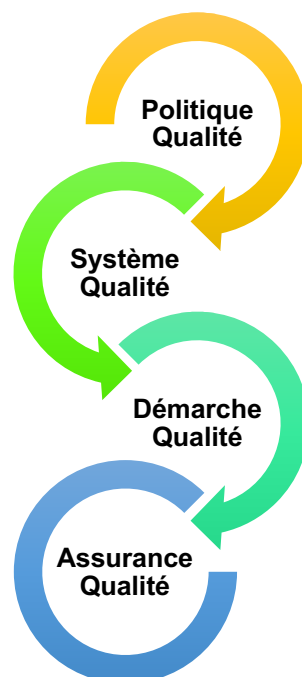


Figure 3 - Les concepts de la qualité

Les concepts dans les domaines de la qualité sont donc multiples et interdépendants les uns des autres, ils s'appuient les uns sur les autres. En effet, l'élaboration d'une politique qualité rend possible la définition d'un système qualité, système sur lequel s'appuiera le déploiement de la démarche qualité qui permettra d'aboutir à l'assurance qualité.

La suite de cette introduction, s'attardera uniquement sur le concept de démarche qualité à l'hôpital. En effet, les EPP*, sujet de ce mémoire, constituent une action pouvant être menée pour garantir une amélioration de la qualité et se situent donc au niveau de la démarche qualité.

3) Les principes d'une démarche qualité

La démarche qualité à l'hôpital repose sur quelques principes fondamentaux.

a. Une démarche centrée sur le patient

Aujourd'hui plus que jamais, le patient est placé au cœur de toute démarche qualité. La compréhension et la satisfaction des attentes et des besoins représentent une orientation fondamentale de la démarche qualité. En effet, le résultat, la satisfaction quant à une prestation de soins demeurent très dépendants des attentes du patient.

Or, on distingue différents types de qualité selon le point de vue adopté :

- **La qualité attendue** : la qualité que le patient élabore à partir de ses besoins, son vécu, son expérience antérieure du système de soins ;
- **La qualité perçue** : il s'agit de la qualité qu'expérimente le patient, elle dépend de la qualité attendue et de la qualité délivrée ;
- **La qualité voulue** : qualité définie par les professionnels sur la base de références légales ou réglementaires mais aussi à partir de la qualité attendue par le patient ;
- **La qualité délivrée** : qualité que reçoit réellement le patient, idéalement, elle doit correspondre à la qualité voulue par l'établissement. (figure 4) (3,9)

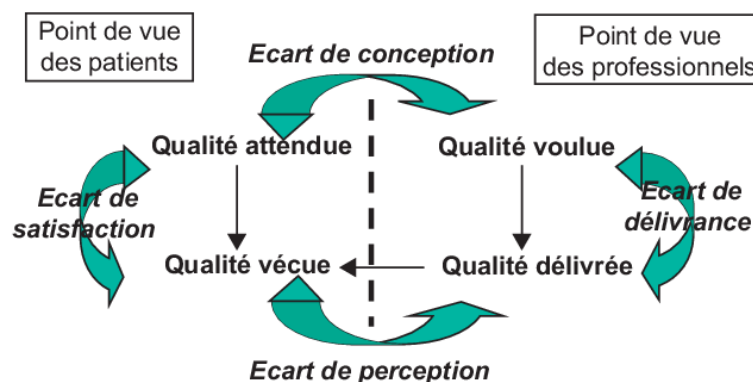


Figure 4 - Le cycle de la qualité

On constate donc, ici, que la définition de la qualité peut diverger selon le point de vue, aboutissant à plusieurs types d'écart :

- **Écart de conception** : entre la qualité attendue et la qualité voulue ;
- **Écart de délivrance** : entre la qualité voulue et la qualité délivrée ;
- **Écart de perception** : entre la qualité délivrée et la qualité vécue ;
- **Écart de satisfaction** : entre la qualité vécue et la qualité attendue.

La démarche qualité a donc pour objectif de réduire ces écarts, notamment l'écart de délivrance et l'écart de conception. (9)

b. Une démarche méthodique par processus

La mise en œuvre d'une démarche qualité implique une approche méthodique par processus au cours de laquelle un certain nombre d'étapes doit être respecté, le tout formant un cycle. Cette méthode est la méthode PDCA*, aussi appelée Roue de Deming, développée par l'américain DEMING. Cette méthode est composée de 4 étapes :

- **Plan** : Établir un plan, prévoir. Il s'agit, ici, de définir les objectifs de la démarche ainsi que les méthodes à mettre en œuvre pour les atteindre. A cette étape, il faut également définir les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs définis.
- **Do** : Mettre en œuvre le plan. La mise en œuvre du plan nécessite une information préalable des personnels concernés quant aux détails de l'action et à sa finalité.
- **Check** : Vérifier les résultats. Il s'agit, ici, de s'assurer de la conformité des résultats obtenus aux résultats attendus.
- **Act** : Agir. Il s'agit, ici, d'analyser les écarts qui ont été identifiés à l'étape précédente afin d'en déterminer leurs causes et de mettre en place un plan d'action permettant d'agir sur ces dernières. Le tout, dans le but d'éviter que l'écart ne se réitère. (figure 5) (3)

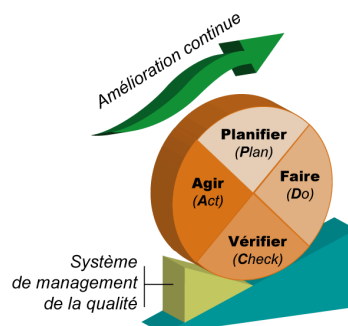


Figure 5 - Illustration de la Roue de Deming

Cette méthode est représentée par une roue qui progresse sur une pente. Cette pente fait référence à l'amélioration croissante et continue, ici, de la qualité. C'est l'itération successive des étapes Plan, Do, Check et Act qui permet à la roue de progresser sur cette pente. Derrière cette roue, une cale représentant le système de management de la qualité garantit l'impossibilité de retour en arrière.

Plus spécifiquement appliqué au domaine de la qualité (figure 6), la roue de Deming peut se décrire ainsi :

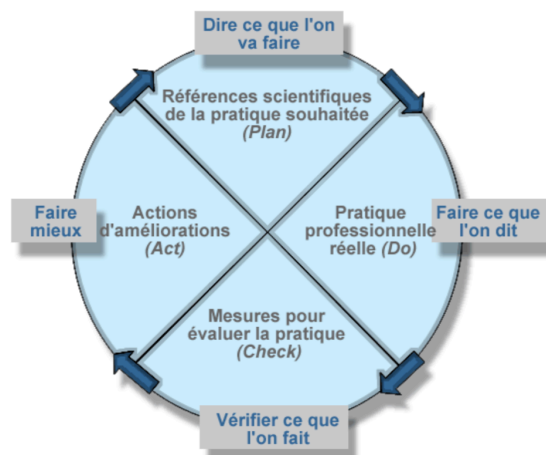


Figure 6 - Roue de Deming appliquée au domaine de la qualité (selon la HAS)

c. Une démarche continue

Aujourd'hui, un établissement sanitaire ne doit pas se satisfaire de l'atteinte de la conformité, il doit s'inscrire dans une logique d'amélioration permanente de ses performances, quelles qu'elles soient, et notamment en termes de qualité.

Autrement dit, il doit s'inscrire dans une dynamique permanente alimentée par la détection des écarts, des défaillances, des non-conformités qui va alors le guider vers l'amélioration continue.

Cette amélioration continue concerne donc les améliorations des performances qualité, à la fois en termes d'efficacité, d'efficience, de satisfaction des patients et des diverses parties prenantes. (14)

La démarche qualité, étant une approche par processus, permet de répondre parfaitement à ce besoin de continuité. En effet, elle préfère des améliorations continues à des changements brutaux, par palier. Et c'est au travers de cycles vertueux que ce système permet une amélioration en continue, avec en ligne de mire l'atteinte de l'excellence. (14)

Comme vu précédemment, la démarche qualité « a pour objet, à partir de la définition d'une politique et d'objectifs, de gérer et assurer le développement de la qualité en s'appuyant sur un système qualité mis en place et en utilisant divers outils propres à faciliter l'obtention des objectifs fixés ». (3) Parmi ces divers outils, on retrouve les évaluations des pratiques professionnelles, un outil très largement ancré dans le quotidien des établissements sanitaires.

C. Les évaluations des pratiques professionnelles

1) Définition

Prévues par l'article 14 de la loi du 13 août 2004, les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ont fait l'objet d'un décret d'application le 14 avril 2005. Ce décret définit l'EPP* comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique ». En d'autres termes, les EPP* consistent donc à mesurer un écart entre les pratiques des professionnels et les pratiques de référence. Il convient alors de mettre en place des actions correctives afin de s'approcher au maximum de ces pratiques de référence. (9)

Les EPP* ont donc pour objectif de favoriser la mise en œuvre des recommandations des bonnes pratiques et s'appuient sur la roue de Deming. (9)

Les EPP* sont obligatoires depuis le 1^{er} juillet 2005 pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers, les médecins exerçant dans les établissements de santé privé, les médecins des établissements publics de santé, les médecins des hôpitaux des armées, ainsi que les médecins exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés d'intérêts collectifs. (15)(16)

2) Cadre réglementaire

La réglementation et la législation relatives aux EPP* sont vastes et ont connu de nombreuses évolutions au cours des dernières décennies dont les principales seront détaillées ci-dessous. (figure 7)

Dans un premier temps, la loi du 13 août 2004, rend obligatoire pour tout médecin, quel que soit son mode d'exercice, salarié ou libéral, la participation à une EPP* individuelle. Un décret du 14 août 2004 précise que ces EPP* font parties intégrantes et répondent aux obligations de Formation Médicale Continue (FMC), une notion introduite par la loi du 4 mars 2002. (9)

Depuis la mise en œuvre de la certification des établissements de santé, les EPP* sont devenues une obligation pour ces derniers avec la mise en œuvre d'EPP* collectives. En effet, la notion d'EPP* collectives apparaît dans le manuel de certification des établissements de santé V2007 à la référence 40. (9,17)

Il est également à noter que l'obligation d'EPP est satisfaite en cas de participation à l'accréditation des spécialités à risque. (9)

Enfin, le décret du 14 avril 2005 précise les modalités de l'EPP*.

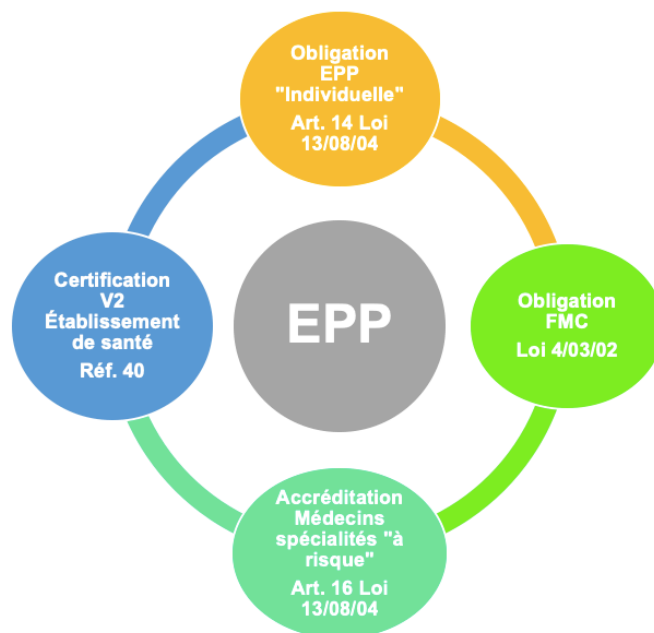


Figure 7 - Cadre réglementaire de l'EPP

3) Méthodologie de l'EPP

a. Les différentes phases

L'analyse de la littérature sur le thème des EPP* permet de distinguer 4 phases principales, constituées chacune de plusieurs étapes pour assurer la mise en œuvre de ces dernières. (tableau 1)

<u>Phase 1</u> Préparation	<ul style="list-style-type: none">— Choix du thème de l'étude, définition des objectifs ;— Choix des référentiels, des critères ;— Choix de la méthode de mesure, formalisation des grilles d'évaluation ;— Champ d'application de l'audit ;— Élaboration et validation du protocole.
<u>Phase 2</u> Mise en œuvre de l'EPP*	<ul style="list-style-type: none">— Recueil et traitement des données.
<u>Phase 3</u> Synthèse et plan d'amélioration	<ul style="list-style-type: none">— Synthèse des résultats ;— Analyse des résultats, élaboration des préconisations et définition d'un plan d'actions ;— Élaboration d'un plan de communication.
<u>Phase 4</u> Suivi	<ul style="list-style-type: none">— Suivi du plan d'action avec évaluation continue ou succession d'évaluations ponctuelles.

Tableau 1 - Méthodologie de mise en œuvre de l'EPP*

i. Phase 1 : Préparation

- Choix de la thématique d'étude et définition des objectifs

La thématique ne doit pas être choisie au hasard. En effet, elle doit être sélectionnée selon certains critères de choix. Il s'agit de sélectionner un thème selon sa fréquence, sa gravité, son potentiel d'amélioration, l'adhésion, la motivation des professionnels à son égard, l'existence de recommandations, de référentiels sur le sujet, les priorités stratégiques de l'établissement, etc. (18)

A cette étape, les objectifs de l'EPP* doivent être définis, ils peuvent être institutionnels, organisationnels, etc.

- Choix du référentiel, des critères d'étude

Cette étape a pour but de constituer le référentiel, de sélectionner les critères permettant de réaliser une comparaison entre les pratiques réelles et les pratiques de références.

Pour établir ce référentiel, cette liste de critères, qui vont permettre de mesurer l'écart entre ce qui est effectué et ce qui est attendu, il est nécessaire de croiser de multiples sources :

- Les dispositions légales et réglementaires applicables ;
- Les recommandations de bonnes pratiques ;
- Les conférences de consensus ;
- Les référentiels élaborés pour une EPP de thème similaire ou une ancienne EPP du même thème ;
- Les documents internes à l'établissement publiés dans la Gestion Documentaire (GED) ;
- Etc. (18)

Les critères sélectionnés sont alors présentés sous la forme d'une grille d'évaluation.

- Choix de la méthode d'évaluation et formalisation des grilles d'évaluation

Il s'agit dès lors de choisir l'approche et la méthode les plus adaptées à la thématique sélectionnée, ces approches et méthodes seront détaillées ultérieurement.

Une fois ce choix effectué, les grilles d'évaluation peuvent alors être formalisées.

- Champs d'application de l'audit

Il est ensuite nécessaire de déterminer les services dans lesquels l'EPP* sera implémentée, les populations cibles, la taille des échantillons, la période de l'évaluation, les évaluateurs, etc. (19)

- Élaboration et validation du protocole d'évaluation

L'ensemble des décisions prises, jusqu'alors, doivent être formalisées par écrit puis soumis à l'ensemble des acteurs de l'EPP* pour validation.

ii. Phase 2 : Mise en œuvre de l'EPP*

- Recueil et traitement des données

Au préalable du recueil, il est important de poursuivre la bonne information des différents professionnels impliqués. Cette information concerne les objectifs de l'audit, en précise ses règles, etc. Le recueil des données est alors assuré par les professionnels désignés lors de la phase précédente. Il est nécessaire de tracer toute difficulté rencontrée lors du recueil de ces données, ces informations pourront être utiles lors de la phase d'analyse des résultats. Il peut également être utile de faire un point, un état d'avancement avec les évaluateurs à intervalles réguliers. (18)

Pour traiter les données, il faut, dans un premier temps, procéder au dépouillement de l'étude afin de dresser un bilan, sur la base des données recueillies, comportant : le nombre d'observations réalisées par rapport à l'échantillonnage défini, le nombre de données manquantes ou inexploitable, les résultats obtenus critère par critère, etc.(18)

iii. Phase 3 : Synthèse et plan d'amélioration

- Synthèse des résultats

Ensuite, il s'agit d'identifier les écarts en comparant les résultats obtenus à chaque critère avec les résultats attendus, souhaités.

- Analyse des résultats, préconisations et définition d'un plan d'actions

Il s'agit, dès lors, d'identifier la cause des écarts (professionnelles, organisationnelles, institutionnelles, etc.) afin de trouver des solutions, des préconisations pour corriger ces causes. Ces solutions sont alors traduites en actions à mettre en place. Ces actions peuvent être hiérarchisées en fonction de leur criticité ou encore, en fonction de leur facilité et de leur rapidité de mise en œuvre. Elles doivent être répertoriées dans un plan d'actions qui précise pour chaque action à mettre en place, les échéances, les responsables de la mise en œuvre, etc. (18)

- Plan de communication

Pour finir, il est nécessaire de réaliser une présentation des résultats aux différents acteurs ayant été impliqués dans cette démarche. Cette présentation des résultats

nécessite l'élaboration de supports de communication : affiches, rapport d'évaluation, etc. (18)

iv. Phase 4 : Suivi

- Suivi du plan d'actions et réévaluation

Un dispositif de suivi doit être défini et mis en œuvre. Si les résultats ont révélé des écarts significatifs une réévaluation sera nécessaire dans les 6 à 12 mois, voire plus rapidement si nécessaire. L'utilisation des mêmes outils lors de la réévaluation permet une comparaison aisée avec les premiers résultats. Cette réévaluation peut se concentrer sur une partie seulement des critères utilisés initialement. (18)

Le suivi est un élément indispensable, il confère à cette démarche son caractère dynamique. Il permet d'initier une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.

b. Les principes

i. Une démarche continue intégrée

Les EPP* impliquent un suivi régulier, il s'agit donc d'une démarche dynamique et continue. Du fait de ce caractère dynamique, cette démarche se doit d'être le plus possible intégrée à la pratique quotidienne des équipes, elle ne doit pas être une démarche surajoutée. Elle doit rester faisable, simple à mettre en œuvre et s'installer comme une routine du quotidien pour garantir sa pérennité et donc son efficacité.

ii. Une démarche pluri professionnelle

Si au départ la législation a rendu obligatoire, pour tout médecin, la réalisation d'EPP* individuelle, on a vu la notion d'EPP* collective apparaître. L'approche pluri professionnelle et multi catégorielle de l'EPP*, dans une finalité d'intégration de la démarche continue d'amélioration de la qualité dans les pratiques de soins est affirmée par la HAS*. (20)

La réalisation d'une EPP* doit donc nécessiter la mobilisation d'un groupe de travail pluri professionnel et de multiples acteurs de terrain au moment du recueil des données.

iii. Une démarche formative

La HAS* a affirmé que l'EPP* devait constituer « une évaluation formative et non sanctionnante », visant « à favoriser la mise en œuvre des recommandations de bonnes

pratiques ». « La finalité n'est pas l'évaluation des pratiques, qui n'est qu'un moyen mais bien l'amélioration des pratiques ». En outre, si son objectif est, en premier lieu, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, elle peut aussi permettre l'enrichissement des connaissances sur la pratique évaluée. (21)

Les EPP* semblent alors répondre à l'obligation de Développement Professionnel Continu (DPC) imposée aux professionnels de santé. Le dispositif DPC a été mis en place en juillet 2009 avec la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) et a été réformé en profondeur par la loi de modernisation de notre système de santé en janvier 2016. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de 3 ans, son engagement dans une démarche de DPC comportant au moins 2 des 3 types d'actions suivantes : des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques (dont font parties les EPP*), des actions de gestion des risques et des actions de formation. (22)

Les EPP* constituent donc une démarche formative.

c. Les outils

Comme expliqué précédemment, l'une des étapes fondamentales de mise en œuvre d'une EPP* est de sélectionner l'approche et la méthode la plus adaptée à la thématique retenue (cf. « i.Phase 1 : Préparation », pages 18-19 du mémoire). Et en termes d'EPP*, on distingue 4 grandes approches :

- L'approche par comparaison ;
- L'approche par problème ;
- L'approche par processus ;
- L'approche par indicateur.

Pour chaque approche, de nombreux outils existent. Le choix de l'approche et de l'outil dépend de l'objectif de l'EPP*.

i. Approche par comparaison

L'approche par comparaison à un référentiel a pour objectif de réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art. Pour atteindre cet objectif, plusieurs méthodes peuvent être mobilisées (liste non exhaustive) :

- Audit clinique ;
- Revue de pertinence ;

- Enquête de pratiques ;
- Patient traceur. (9)

ii. Approche par problème

L'approche par problème a pour objectif de traiter un dysfonctionnement ou de faire face à la survenue d'évènements indésirables. Pour atteindre cet objectif, plusieurs méthodes peuvent être mobilisées (liste non exhaustive) :

- Revue de mortalité-morbidité (RMM) ;
- Comité de Retour d'Expérience (CREX) ;
- Revue d'Erreur Médicamenteuse (REMEDI) ;
- Analyse des causes. (9)

iii. Approche par processus

L'approche par processus a pour objectif d'optimiser ou d'améliorer une prise en charge, un processus. Pour atteindre cet objectif, plusieurs méthodes peuvent être mobilisées (liste non exhaustive) :

- Analyse des processus ;
- Chemin clinique ;
- Analyse des Modes de Défaillances, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC) ;
- Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP). (9)

iv. Approche par indicateur

L'approche par indicateur a pour objectif de surveiller un phénomène important et d'agir en fonction du résultat. Pour atteindre cet objectif, plusieurs méthodes peuvent être mobilisées :

- Mise en place et analyse d'indicateur ;
- Maîtrise statistique des processus. (9)

D. Les évaluations des pratiques professionnelles : un impact jamais évalué ?

1) Focus sur la revue de la littérature

a. L'impact sur la qualité et la sécurité des soins

En tant que domaine émergent au sein du secteur de la santé, la qualité a fait couler beaucoup d'encre ces dernières années dans la littérature scientifique. Aujourd'hui, on

accorde une grande importance à la qualité dans les établissements de santé. C'est donc tout logiquement que des ressources, qu'elles soient humaines ou financières, de plus en plus importantes sont octroyées à la qualité. Mais garantissent-elles ou améliorent-elles la qualité des soins ? Même si en pratique, nous aurions tendance à répondre, d'emblée, « oui » à ces différentes questions, d'après nos connaissances, les études publiées ne permettent pas d'y répondre franchement. En effet, certaines études font état de création d'outils d'EPP* mais n'en évaluent pas forcément leurs impacts. (23) Ainsi, de nombreuses zones d'ombre persistent.

b. Les autres impacts fortuits

Des études ont, par contre, montré que les systèmes de management de la qualité à l'hôpital semblent avoir des impacts auxquels on ne s'attendait pas forcément. Des associations existent entre, système de management de la qualité d'une part, et travail en équipe et climat de sécurité d'autre part. En effet, les systèmes de gestion de la qualité perçus comme étant un élément structurel, de soutien permet de promouvoir le travail en équipe ainsi que le climat de sécurité au sein de l'organisation. (24)

II. Objectif de l'étude

Finalement, la qualité constitue un enjeu stratégique majeur pour les établissements de santé. Et les EPP* sont des outils de la qualité qui permettraient d'atteindre l'excellence en santé. Cependant, à l'heure actuelle et selon nos connaissances, aucune publication n'a montré l'efficacité des EPP* au sein d'un établissement sanitaire. Ainsi, l'objectif de cette étude est donc de mesurer l'impact des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein d'un Centre Hospitalier.

Pour répondre à cet objectif nous déploierons des EPP au sein des services de Médecine, SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et de HAD (Hospitalisation À Domicile) du Centre Hospitalier d'Hazebrouck et en évaluerons leur impact en termes de qualité des soins.

PARTIE 2 : MATÉRIEL ET MÉTHODES

Afin de répondre à l'objectif explicité ci-dessus, la méthodologie déployée se composera de 2 grandes phases.

Une première phase de mise en œuvre d'une EPP* comportant :

- Une évaluation initiale, un état des lieux des pratiques. Les résultats de cette première évaluation correspondront aux résultats « avant » ;
- La définition et la mise en œuvre d'un plan d'actions d'amélioration, découlant des résultats de l'évaluation initiale ;
- Une réévaluation des pratiques professionnelles dans le but de mesurer une éventuelle évolution. Les résultats de cette réévaluation correspondront aux résultats « Après ».

La seconde phase consiste, quant à elle, à réaliser une analyse statistique. Cette analyse est effectuée sur la base des résultats « avant » et « après ». Il s'agira, notamment, de calculer, pour chaque critère évalué, la différence de proportion entre le résultat « avant » et le résultat « après » afin de savoir s'il y a eu une amélioration, et l'intervalle de confiance afin de savoir si cette amélioration est statistiquement significative.

Ces deux phases sont détaillées dans la suite de cette partie.

I. Méthodologie d'implémentation de l'EPP

La méthodologie appliquée reprend les différentes étapes de mise en œuvre de l'EPP* présentées, précédemment, lors de la partie Introduction de ce mémoire.

A. Phase 1 : Préparation

1) Choix de la thématique

Au sein du Centre Hospitalier d'Hazebrouck (CHH), la prévention, le traitement et le suivi des plaies et des escarres a fait l'objet d'une première évaluation en 2013. Depuis, de nombreuses constatations de dysfonctionnements, notamment s'agissant du remplissage du fichier des plaies dans les services ont été faites. Ces dysfonctionnements sont la cause d'une perte d'informations rendant, parfois, impossible le codage PMSI* et entraînant, ainsi, des pertes financières pour l'établissement.

Du fait de la fréquence des ces dysfonctionnements ainsi que de la marge d'amélioration possible, il a été décidé de reconduire une évaluation sur cette thématique.

De plus, depuis 2013, la thématique « Prévention, traitement et suivi des plaies et des escarres », n'a fait l'objet d'aucune réévaluation et a été occultée en raison du départ de différents membres du groupe de travail œuvrant sur cette thématique. Il était donc nécessaire de remettre en marche un groupe de travail sur ce thème afin d'évaluer le niveau de qualité des soins délivrés sur ce dernier et de continuer à le faire progresser.

En février 2021 a donc été mené un audit sur la prévention, le traitement et le suivi des plaies et des escarres.

Les bonnes pratiques en termes de prévention, traitement et suivi des plaies et des escarres ont été formalisées par l'établissement sur la base des recommandations des bonnes pratiques et sont schématisées par les logigrammes ci-dessous (figure 8,9).

(25)(26)

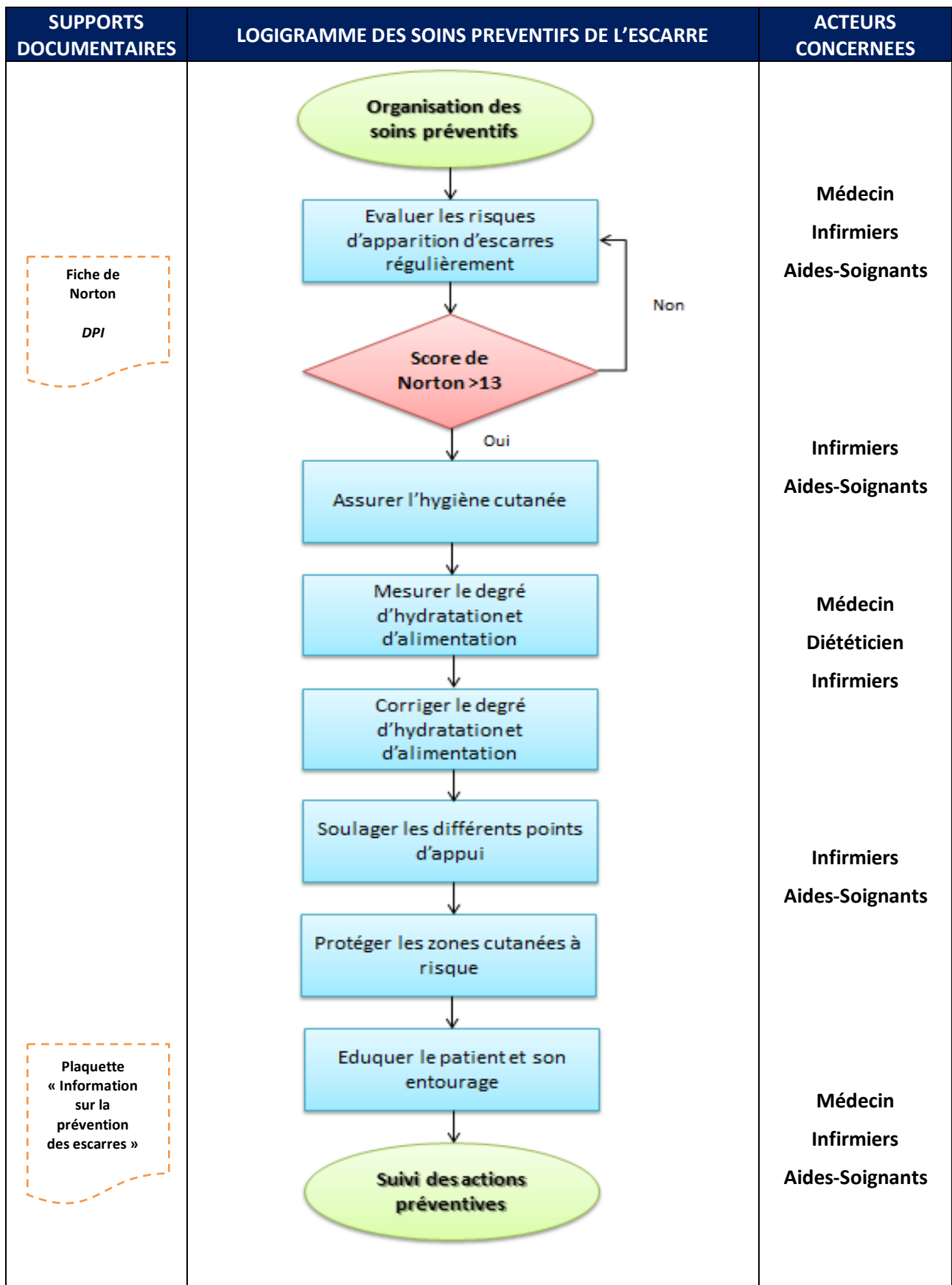


Figure 8 - Logigramme des soins préventifs de l'escarre

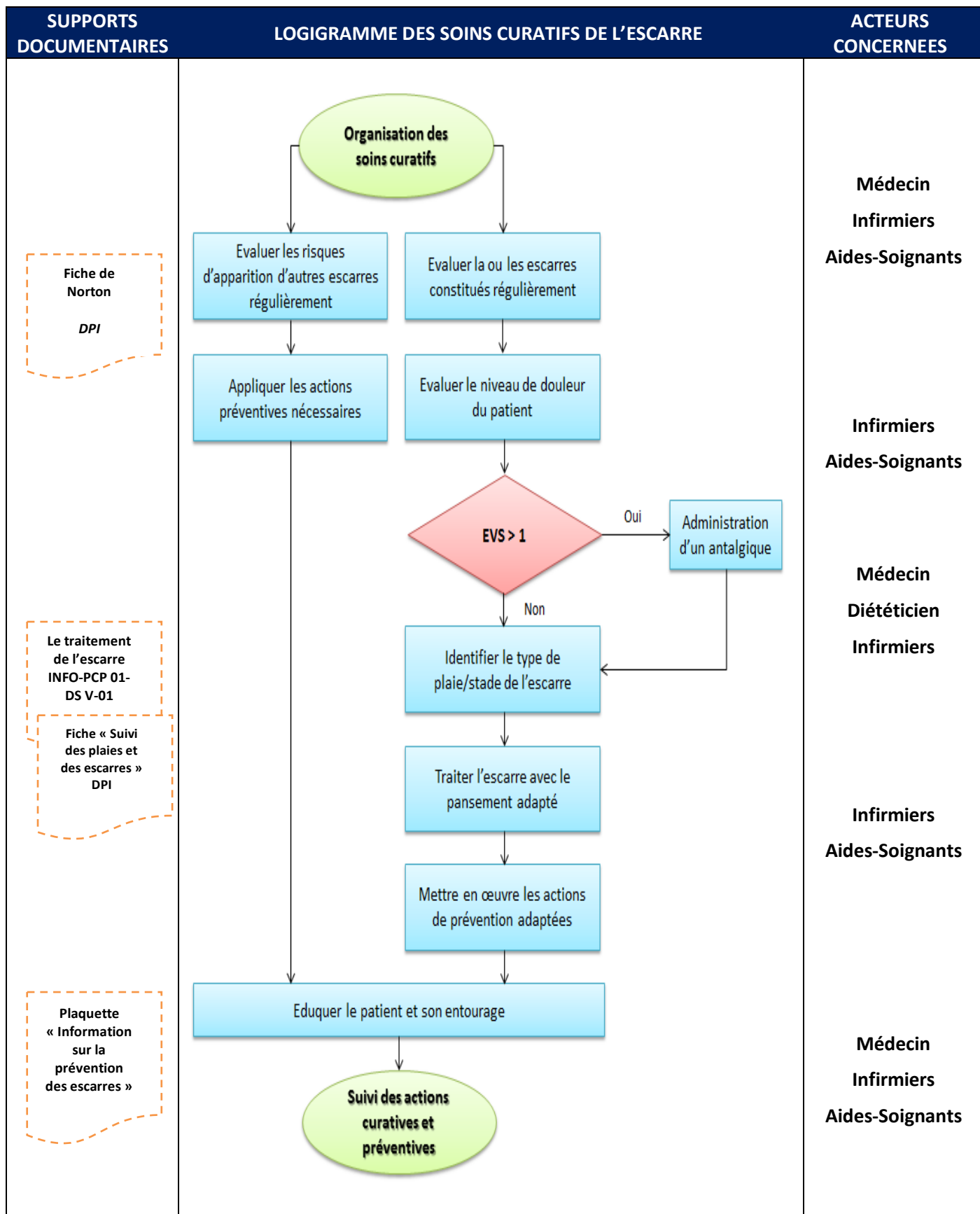


Figure 9 - Logigramme des soins curatifs de l'escarre

2) Définition des objectifs

L'objectif de cet audit, d'un point de vue institutionnel, est de s'assurer de la traçabilité et du bon suivi et traitement des plaies. D'un point de vue opérationnel, l'objectif est d'actualiser les connaissances professionnelles ainsi que les outils à disposition : protocoles, procédures, types de pansement, dossier patient informatisé, etc.

3) Choix des critères de référence

De multiples sources ont été croisées afin de sélectionner et d'établir les critères d'évaluation :

- Les dispositions légales et réglementaires applicables ;
- Les recommandations de bonnes pratiques ;
- Les conférences de consensus ;
- Les référentiels élaborés pour une EPP* de thème similaire ou une ancienne EPP* du même thème.

Ainsi, plusieurs documents ont été retenus :

- Les recommandations de bonnes pratiques :
 - *Les pansements – Indications et utilisations recommandées*, publié par la HAS* (27) ;
 - *Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé*, publié par l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) (28);
- Les référentiels élaborés pour une EPP* de thème similaire ou une ancienne EPP* du même thème :
 - *Audit dossier patient « Prévention et traitement des escarres, ulcères » - 2013* (29) ;
 - *EPP* « Prévention et prise en charge des escarres 2013 »* (30) ;
- Les documents internes à l'établissement :
 - *Protocole « Conduite à tenir pour la prévention et le traitement des escarres »* (31) ;
 - *Document d'information « Le traitement de l'escarre »* (32).

C'est sur la base de ces documents que les critères d'évaluation suivants (tableau 2,3) ont été établis :

- Concernant les pratiques professionnels, doivent être évalués :

EVALUATION INITIALE
Réalisation de l'évaluation de l'état cutané du patient
Moment de réalisation de l'évaluation de l'état cutané du patient
Méthode utilisée pour réaliser l'évaluation de l'état cutané du patient
Support de traçabilité de l'évaluation de l'état cutané du patient
LES ESCARRES
Prévention du risque d'escarre
Connaissance des facteurs de risque de l'escarre
Connaissance des moyens de prévention de l'escarre
Connaissance du moment où doivent être mis en place les moyens de prévention
Support de traçabilité des moyens de prévention mis en place
Connaissance des différents stades de l'escarre
Traitement des escarres
Connaissance des objectifs selon le stade de l'escarre
Connaissance des traitements à mettre en place selon le stade de l'escarre
Connaissance des pansements à mettre en place selon le stade de l'escarre
L'information et l'éducation du patient et/ou de son entourage
LES PLAIES
Les différents types de plaies
Connaissance des caractéristiques d'une plaie chronique
Connaissance des caractéristiques d'une plaie aiguë
Connaissance des caractéristiques d'une plaie infectée
Distinction ulcère veineux/artériel
LES PANSEMENTS
Connaissance des pansements à mettre en place selon le type de plaie et la phase de cicatrisation
LES PANSEMENTS COMPLEXES
Connaissance des indications des pansements complexes
PREVENTION, TRACABILITE, SORTIE
Connaissance des documents de référence à la mise en œuvre des bonnes pratiques
Support de traçabilité du traitement
Prévention de la douleur induite par les soins
Information et éducation du patient pour le retour à domicile
Assurabilité de la continuité des soins lors de la sortie ou du transfert

Tableau 2 - Liste des critères relatifs aux pratiques professionnelles

- Concernant la traçabilité dans le DPI*, doivent être évalués pour chaque plaie :

Score de Norton
Score IK (Indice de Karnofsky) (HAD)
Les facteurs de risque
La prescription médicale
L'évaluation initiale des plaies
Le suivi des plaies aiguës et chroniques
L'EVALUATION INITIALE :
— La date d'acquisition

— Le type de plaie
— La localisation de la plaie
LE SUIVI DES PLAIES AIGÛES ET CHRONIQUES :
— Le stade de la plaie
— La date de biologie
— L'albuminémie
— La CRP (Protéine C-Réactive)
— Le suivi diététique
— L'évaluation de la douleur
— Des photos
— Le lit de la plaie
— L'exsudat
— Les berges
— La peau péri-lésionnelle
— L'intervention réalisée
— Le type de pansement
— La date et signature
Fréquence des suivis
Information au patient et à la famille
Traçabilité des moyens de prévention mis en place
Consentement du patient, si photo des plaies

Tableau 3 - Liste des critères relatifs à la traçabilité

4) Méthode d'évaluation

a. Choix du type d'EPP

Il s'agit dès lors de choisir l'approche et la méthode les plus adaptées à la thématique sélectionnée et aux objectifs visés. Afin de répondre à l'ensemble à ces objectifs, 2 méthodes d'évaluation ont été mises en œuvre :

- Une enquête de pratiques via un questionnaire, en face à face, à destination des IDE* et AS*, concernant leurs pratiques ;
- Un audit de dossiers.

Ce sont ces deux méthodes d'évaluations qui ont été retenues car elles appartiennent à l'approche par comparaison, qui permet de réaliser un bilan ponctuel d'une pratique par comparaison à un référentiel. En effet, l'enquête de pratiques permet de mesurer les écarts entre la pratique professionnelle réalisée et la pratique attendue, à l'aide de critères déterminés. Quant à l'audit de dossier, il permet de s'assurer de la bonne tenue du dossier patient. Cette approche et ces méthodes permettent donc de répondre à nos objectifs initiaux.

Une fois les critères de référence établis et la méthode d'évaluation choisie, les grilles d'évaluations ont pu être formalisées via le logiciel Word©. Ces grilles sont consultables en ANNEXE 1 et 2. La grille d'évaluation relative à l'enquête de pratiques s'accompagne d'un guide évaluateur, disponible en ANNEXE 3, qui a été élaboré, à l'aide du logiciel Excel©, afin de guider l'évaluateur dans la manière d'administrer les différentes questions à l'interviewé.

b. Barème d'évaluation

Concernant l'analyse des résultats, un barème d'évaluation a été défini par la Cellule Qualité. On considèrera que si le critère atteint un taux de conformité :

- **≤ 50% : il sera jugé comme étant « Non acceptable », des actions immédiates devront être déployées ;**
- **= 51% à 79% : il sera jugé comme étant « Améliorable », un plan d'action devra être arrêté et suivi ;**
- **> = 80% : il sera jugé comme étant « Satisfaisant », le critère sera acquis.**

Ce barème s'inspire de celui exigé par la HAS, lors des campagnes nationales de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), qui définit pour chaque indicateur un objectif de performance atteignant les 80%. (33)

5) Champ de l'EPP*

a. Services concernés

Ont été retenus, pour la réalisation de ces EPP*, les services de l'établissement étant les plus consommateurs en pansements et pansements complexes.

Plusieurs services sont donc concernés, à savoir :

- Le service de Médecine ;
- Le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ;
- Le service d'Hospitalisation À Domicile (HAD).

b. Population cible

i. Audit de dossiers

- Critères d'inclusion

Les dossiers audités devaient concerner des patients respectant les critères suivants :

- Hospitalisés au sein du service de Médecine ou de SSR* ou de HAD* ;
- Présentant au moins une plaie et/ou escarre ;
- Présents dans le service depuis au moins 8 jours.

Une durée de séjour devant être au moins égal à 8 jours a été fixée car cette durée permet de garantir que le patient a reçu plusieurs réfections de pansements. Par conséquent, les informations relatives à cette réfection devraient donc être tracées dans le dossier patient.

- Critères d'exclusion

Les dossiers ont été exclus lorsqu'ils concernaient des patients :

- Hospitalisés dans un autre service que ceux de Médecine, SSR* et HAD* ;
- Ne présentant aucune plaie et/ou escarre ;
- Présents dans le service depuis moins de 8 jours.

ii. Enquête de pratiques

- Critères d'inclusion

Les soignants interrogés devaient respecter les critères suivants :

- Être titulaire d'un diplôme d'État d'Infirmier ou d'un diplôme d'État d'Aide-soignant ;
- Exercer au sein du service de Médecine ou de SSR* ou de HAD* ;
- Avoir reçu la formation des nouveaux arrivants.

- Critères d'exclusion

Les soignants ont été exclus quand :

- Ils étaient titulaires d'un diplôme autre que le diplôme d'État d'Infirmier ou le diplôme d'État d'Aide-soignant ;
- Ils exerçaient dans un service autre que ceux de Médecine, SSR* et HAD* ;
- Ils n'avaient pas encore reçu la formation des nouveaux arrivants.

c. Échantillonnage

i. Audit de dossiers

Concernant l'audit de dossiers, l'échantillonnage a été fixé comme suit (tableau 4) :

	Dossiers patients
Médecine	10
SSR*	10
HAD*	10
Total	30

Tableau 4 - Échantillonnage prévu « Audit dossiers patients »

Cet échantillonnage a été établi sur la base des recommandations de la HAS* qui préconise une dizaine de dossiers pris en compte pour réaliser une évaluation. (34)

ii. Enquête de pratiques

Concernant l'enquête de pratiques, la taille de l'échantillon initial étant relativement faible (92), l'objectif est donc d'interroger l'ensemble des IDE* et AS* des services de Médecine, SSR* et HAD*. Les effectifs se répartissent comme suit (tableau 5) :

	Infirmiers Diplômés d'État	Aides-soignants Diplômés d'État	
Médecine	22	17	
SSR*	8	11	
HAD*	24	10	
Total	54	38	92

Tableau 5 - Échantillonnage prévu « Enquête de pratiques »

6) Élaboration et validation du protocole d'évaluation

L'ensemble de cette méthodologie à suivre, afin de mener à bien ces EPP*, a été formalisé dans un document écrit intitulé *Protocole d'évaluation* (ANNEXE 4). Ce protocole d'évaluation ainsi que les différentes grilles d'évaluation (ANNEXE 1 et 2) ont été soumis pour validation au groupe de travail lors d'une réunion de présentation.

Ce protocole d'évaluation comprend un échéancier des actions (tableau 6), récapitulant les principales actions à réaliser, leurs responsables ainsi que leur échéance :

ECHEANCIER DES ACTIONS		
Date	Qui	Action
Novembre 2020	IDE* Cellule Qualité	Élaboration du protocole d'évaluation et des grilles d'audit
Janvier 2021	Directeur Des Soins Ingénieur DIM* Cellule Qualité	Validation du protocole d'évaluation et des grilles d'audit
Février 2021	Directeur Des Soins Cellule Qualité Référénts Pharmacie Médecins	Communication sur l'évaluation
	Référénts Médecine, SSR, HAD	Recueil des données – Enquête de pratiques (questionnaire IDE, AS) Selon grille d'évaluation – Enquête de pratiques (questionnaire IDE, AS)
	IDE* Mme TIMMERMAN	Recueil des données – Audit Dossier Patient Selon grille d'évaluation – Audit Dossier Patient
Mars 2021	Cellule Qualité	Traitement des données
		Rédaction de la synthèse des résultats
		Élaboration d'un plan d'actions d'amélioration
Avril 2021	Directeur Des Soins Cellule Qualité Référénts Pharmacie Médecins	Validation du plan d'actions
	Cellule Qualité	Élaboration d'un plan de communication
Mai – Juin 2021	Cellule Qualité Référénts Pharmacie Médecins	Préparation et déploiement des actions d'amélioration
Juillet 2021	Référénts Médecine, SSR, HAD	Réalisation du second tour

	Cellule Qualité	Traitement des données
		Rédaction de la synthèse des résultats

Tableau 6 - Échéancier des actions

B. Phase 2 : Mise en œuvre

1) Recueil des données

a. Audit de dossiers

L'audit de dossier a été réalisé conjointement par un des référents de la thématique « Plaie et escarre » de l'établissement, occupant la fonction d'IDE*, et par un membre de la cellule Qualité, sur 2 jours courant du mois de février. Les dossiers patients étant informatisé, il fallait donc recourir au logiciel CROSSWAY® pour consulter les différents dossiers patients.

b. Enquête de pratiques

La grille d'évaluation relative à l'enquête de pratiques a été administrée, via une interview en face à face, aux IDE* et AS* des différents services concernés par les référents de la thématique « Plaie et escarre » de l'établissement. Le recueil des données s'est effectué du 1 février 2021 au 1 mars 2021.

Un état d'avancement était réalisé régulièrement avec les différents évaluateurs afin de s'assurer du bon respect des délais et d'échanger sur les éventuelles difficultés rencontrées.

2) Traitement des données

Une fois les données recueillies, elles étaient retournées au Service Qualité, via courrier interne, qui était en charge de leur traitement. Ces données ont été saisies dans un formulaire Excel®, dont un extrait est disponible en ANNEXE 5 et 6, et ont été analysées grâce aux statistiques descriptives usuelles : moyenne, écart-type pour les variables quantitatives et fréquences, effectifs pour les variables qualitatives, via des formules automatiques.

C. Phase 3 : Synthèse et plan d'action

1) Synthèse de l'évaluation

Une fois les données traitées, il s'agit de réaliser une synthèse permettant de présenter, de manière succincte, les résultats. Cette synthèse prend la forme d'un tableau où les résultats sont présentés par type d'EPP* réalisé et classés selon 3 catégories :

- Points forts, qui correspondent aux critères pour lesquels on observe un taux de conformité supérieur ou égal à 80% ;
- Points sensibles, qui correspondent aux critères pour lesquels on observe un taux de conformité compris entre 50% et 79% ;
- Points d'amélioration, qui correspondent aux critères pour lesquels on observe un taux de conformité strictement inférieur à 50%.

2) Analyse des résultats et plan d'actions

Une interprétation des résultats doit alors être menée pour identifier la cause de l'écart : professionnelle, institutionnelle, organisationnelle, etc. et y apporter une solution adéquate qui entrera dans le plan d'action.

Seuls les critères ayant obtenu un taux de conformité strictement inférieur à 80% sont pris en compte dans ce plan d'actions.

Ce dernier comprend :

- Les détails de l'action à mener ;
- La priorisation de l'action ;
- Les outils/supports nécessaires à la mise en œuvre de cette action ;
- Le responsable/pilote de l'action ;
- L'échéance de l'action.

3) Communication

Il est nécessaire de communiquer les résultats de ces EPP*. C'est pourquoi, ils ont, tout d'abord, été présentés au groupe de travail lors d'une réunion et à l'aide d'un support PowerPoint®. Au cours de cette réunion, a été définie une stratégie de communication permettant, par la suite, de diffuser ces résultats au niveau des services, et donc au plus grand nombre.

D. Phase 4 : Suivi

1) Suivi du plan d'actions

Un état d'avancement était réalisé régulièrement avec les responsables des différentes actions afin de s'assurer du bon respect des délais et d'échanger sur les éventuelles difficultés rencontrées.

2) Réévaluation

La réévaluation a été réalisée 5 mois après l'évaluation initiale, soit durant le mois de juillet. Pour ce faire, la même méthodologie d'implémentation de l'EPP* qu'au premier tour a été appliquée.

Ainsi, dans la phase 1 de la méthodologie, seuls les critères d'inclusion et d'exclusion ont été ajustés. Quant aux phases 2, 3 et 4 de la méthodologie, elles ont été réitérées telles quelles, sans ajustement préalable nécessaire.

Les critères d'inclusion et d'exclusion réajustés sont les suivants :

- Audit de dossiers

Les dossiers audités devaient concerner des patients respectant les critères suivants :

- Hospitalisés au sein du service de Médecine ou de SSR* ou de HAD* ;
- Présentant au moins une plaie et/ou escarre ;
- Présents dans le service depuis au moins 8 jours ;
- Dont le dossier comporte des fiches « suivi des plaies » nouvelle version.

En effet, suite au 1^{er} tour d'audit, la mise à jour de cette fiche était l'une des actions d'amélioration.

Les dossiers ont été exclus lorsqu'ils concernaient des patients :

- Hospitalisés dans un autre service que ceux de Médecine, SSR* et HAD* ;
- Ne présentant aucune plaie et/ou escarre ;
- Présents dans le service depuis moins de 8 jours ;
- Dont le dossier comporte des fiches « suivi des plaies » ancienne version.

- Enquête de pratiques

Les soignants interrogés devaient respecter les critères suivants :

- Être titulaire d'un diplôme d'État d'Infirmier ou d'un diplôme d'État d'Aide-soignant ;
- Exercer au sein du service de Médecine ou de SSR* ou de HAD* ;
- Avoir reçu la formation des nouveaux arrivants ;
- Avoir été interrogé lors du 1^{er} tour d'audit ;

Les soignants ont été exclus quand :

- Ils étaient titulaires d'un diplôme autre que le diplôme d'État d'Infirmier ou le diplôme d'État d'Aide-soignant ;
- Ils exerçaient dans un service autre que ceux de Médecine, SSR* et HAD* ;
- Ils n'avaient pas encore reçu la formation des nouveaux arrivants ;
- Ils n'avaient pas été interrogés lors du 1^{er} tour d'audit.

L'utilisation des mêmes outils lors de la réévaluation permet une comparaison aisée avec les premiers résultats.

II. Analyse statistique

Une fois ces 2 EPP* réalisées, il a été nécessaire de réaliser une analyse statistique sur la base des différents résultats obtenus. Cette analyse statistique a pour objectif de conclure quant à une potentielle évolution, quelle qu'elle soit, entre les résultats de l'évaluation initiale et les résultats de la réévaluation et quant à la significativité de cette évolution.

Cette analyse statistique comporte 2 étapes :

- 1^{ère} étape : calcul de la différence de proportion entre les résultats de l'évaluation initiale et ceux de la réévaluation ;
- 2^{ème} étape : calcul de l'intervalle de confiance de la différence de proportion.

A. Différence de proportion

Le calcul de la différence de proportion entre les résultats de l'évaluation initiale et ceux de la réévaluation nous permet de savoir s'il y a eu une évolution et de connaître le sens de cette évolution, positive ou négative.

La différence de proportion est calculée comme suit (tableau 7) :

$P_a - P_b$	
$P_a = k_a \div n_a$	n_a et n_b représente le nombre total d'observations dans 2 échantillons.
$P_b = k_b \div n_b$	k_a et k_b représente le nombre d'observations dans chaque échantillon qui présentent un intérêt particulier.

Tableau 7 - Formules pour la différence de proportion

B. Intervalle de confiance

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95% permet de savoir si cette différence de proportion est statistiquement significative ou non.

La méthode adoptée pour calculer l'intervalle de confiance à 95% utilise la procédure de Wilson avec une correction de continuité.

Lorsque la valeur 0 est comprise dans l'intervalle de confiance, la différence de proportion sera considérée comme étant non significative. En effet, l'intervalle de confiance à 95% est un intervalle de valeur qui a 95% de chance de contenir la vraie valeur du paramètre estimé. Ainsi, si la valeur 0 est comprise dans l'intervalle de confiance à 95%, il y a donc une probabilité pour que cette vraie valeur soit égale à 0, et que, par conséquent, il n'y ait pas de différence.

La différence de proportion sera donc considérée comme étant significative lorsque la valeur 0 n'est pas comprise dans l'intervalle de confiance.

PARTIE 3 : RÉSULTATS

I. Audit de dossiers

A. Caractéristiques de la population d'étude

1) Évaluation initiale

- Unités concernées

Lors du recueil des données de cet audit, il a été nécessaire d'ajuster l'échantillonnage initialement prévu. En effet, au sein des services de Médecine et de SSR, seuls 8 et 9 patients respectaient les critères d'inclusion. De ce fait, 13 dossiers auraient dû être audités en HAD* afin de respecter la taille de l'échantillon global, initialement prévu, soit 30 dossiers. Toutefois, sur l'ensemble des patients hospitalisés en HAD*, 14 respectaient les critères d'inclusion. Il a alors été décidé d'auditer ces 14 dossiers car, ainsi, 31 dossiers ont été évalués, soit 100% des dossiers respectant les critères d'inclusion. (tableau 8, figure 10)

	Nombre de dossiers patients audités
Médecine	8
SSR*	9
HAD*	14
Total	31

Tableau 8 - Répartition des dossiers patients par unité (1^{er} tour)

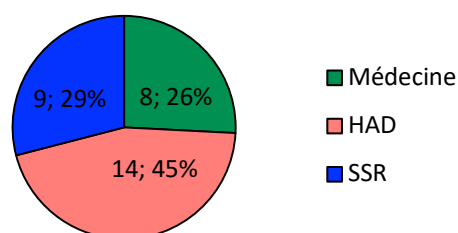


Figure 10 - Diagramme de répartition des dossiers patients par unité (1^{er} tour)

- Sexe des patients

Parmi les 31 dossiers audités, 16 concernaient des patients de sexe « Féminin », soit 52% des dossiers et 15 des patients de sexe « Masculin », soit 48% des dossiers. (tableau 9, figure 11)

	Nombre de dossiers patients audités
Féminin	15
Masculin	16
Total	31

Tableau 9 - Répartition des dossiers patients par sexe (1^{er} tour)

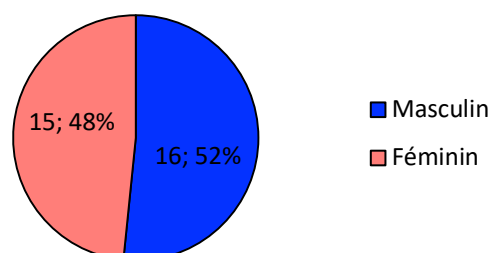


Figure 11 - Diagramme de répartition des dossiers patients par sexe (1^{er} tour)

- Âge des patients

Au sein des 31 dossiers audités, la répartition des classes d'âge se fait comme suit :

- Les 18-25 ans représentent 3,2% des dossiers audités, soit 1 dossier ;
- Les 26-35 ans représentent 3,2% des dossiers audités, soit 1 dossier ;
- Les 36-45 ans représentent 6,5% des dossiers audités, soit 2 dossiers ;
- Les 46-55 ans représentent 12,9% des dossiers audités, soit 4 dossiers ;
- Les 56-65 ans représentent 19,4% des dossiers audités, soit 6 dossiers ;
- Les 66-75 ans représentent 16,1% des dossiers audités, soit 5 dossiers ;
- Les 76-85 ans représentent 6,5% des dossiers audités, soit 2 dossiers ;
- Les 86-95 ans représentent 29,0% des dossiers audités, soit 9 dossiers ;
- Les 96 ans et plus représentent 3,2% des dossiers audités, soit 1 dossier.

(tableau 10, figure 12)

Nombre de dossiers patients audités	
18-25 ans	1
26-35 ans	1
36-45 ans	2
46-55 ans	4
56-65 ans	6
66-75 ans	5
76-85 ans	2
86-95 ans	9
96 ans et plus	1
Total	31

Tableau 10 - Répartition des dossiers patients par âge (1^{er} tour)

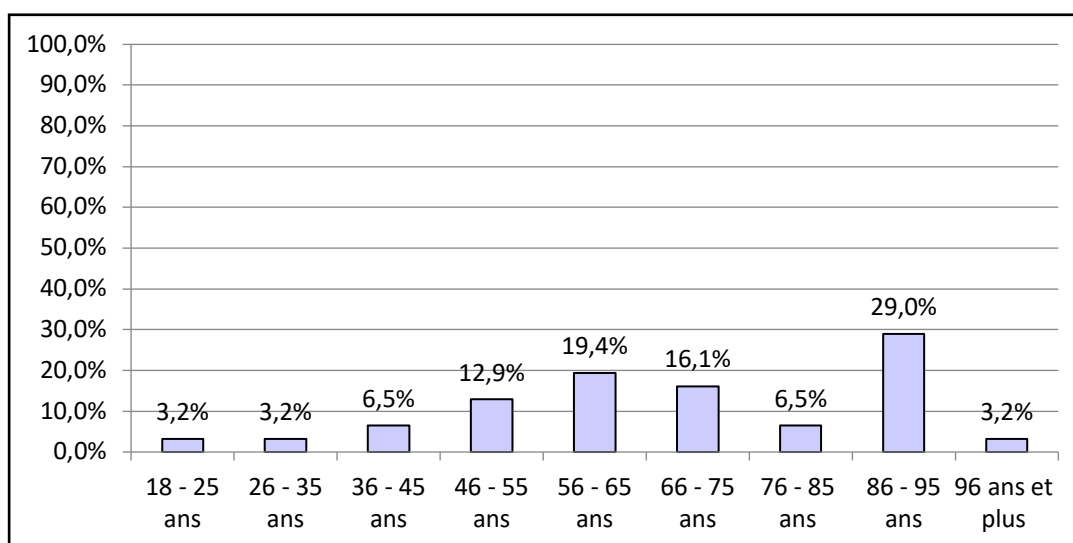


Figure 12 - Diagramme de répartition des dossiers patients par âge (1^{er} tour)

- Nombre de plaies par patient

Parmi les 31 dossiers audités :

- 18 patients présentaient une seule et unique plaie ;
- 7 patients présentaient 2 plaies ;
- 5 patients présentaient 3 plaies ;
- 1 patient présentait 4 plaies.

L'audit de dossier portait donc sur l'étude de la conformité des critères de traçabilité de la prise en charge de 51 plaies. (tableau 11, figure 13)

	Nombre de dossiers patients audités
1 plaie	18
2 plaies	7
3 plaies	5
4 plaies	1
Total	31

Tableau 11 - Répartition des dossiers par nombre de plaies observées (1^{er} tour)

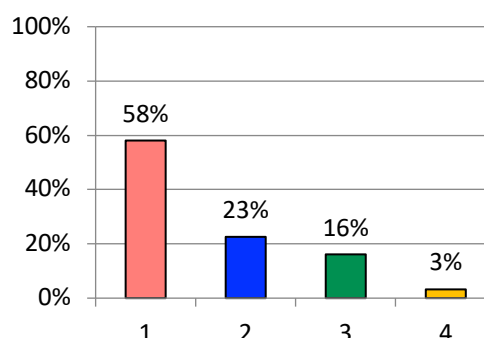


Figure 13 - Diagramme de répartition des dossiers par nombre de plaies observées (1^{er} tour)

2) Réévaluation

- Unités concernées

Afin de pouvoir confronter les résultats du 2nd tour à ceux de 1^{er} tour, il était nécessaire d'évaluer, de nouveau, tous les dossiers respectant les critères d'inclusion au moment de l'évaluation, soit 100% des dossiers.

Ainsi, 8 dossiers ont été audités dans le service de médecine, soit 31% des dossiers, 8 dossiers également ont été audités dans le service de SSR, soit 31% des dossiers et 10 dossiers ont été audités en HAD*, soit 38% des dossiers. Au total, ce sont donc 26 dossiers qui ont été audités. (tableau 12, figure 14)

	Nombre de dossiers patients audités
Médecine	8
SSR*	8
HAD*	10
Total	26

Tableau 12 - Répartition des dossiers patients par unité (2nd tour)

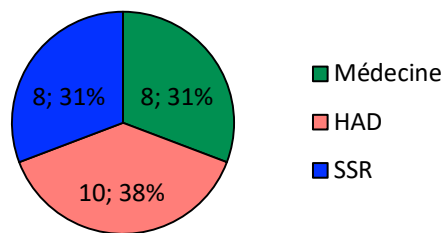


Figure 14 - Diagramme de répartition des dossiers patients par unité (2nd tour)

- Sexe des patients

Parmi les 26 dossiers audités, 14 concernaient des patients de sexe « Féminin », soit 54% des dossiers et 12 des patients de sexe « Masculin », soit 48% des dossiers. (tableau 13, figure 15)

	Nombre de dossiers patients audités
Féminin	14
Masculin	12
Total	26

Tableau 13 - Répartition des dossiers patients par sexe (2nd tour)

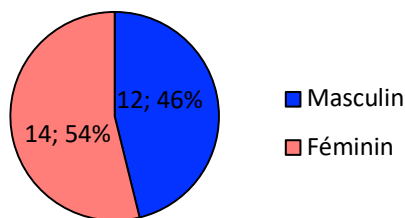


Figure 15 - Diagramme de répartition des dossiers patients par sexe (2nd tour)

- Âge des patients

Au sein des 26 dossiers audités, la répartition des classes d'âge se fait comme suit :

- Les 18-25 ans représentent 0% des dossiers audités, soit 0 dossier ;
- Les 26-35 ans représentent 3,8% des dossiers audités, soit 1 dossier ;
- Les 36-45 ans représentent 0% des dossiers audités, soit 0 dossier ;
- Les 46-55 ans représentent 0% des dossiers audités, soit 0 dossier ;
- Les 56-65 ans représentent 15,4% des dossiers audités, soit 4 dossiers ;
- Les 66-75 ans représentent 15,4% des dossiers audités, soit 4 dossiers ;
- Les 76-85 ans représentent 26,9% des dossiers audités, soit 7 dossiers ;
- Les 86-95 ans représentent 34,6% des dossiers audités, soit 9 dossiers ;
- Les 96 ans et plus représentent 3,8% des dossiers audités, soit 1 dossier. (tableau 14, figure 16)

	Nombre de dossier patients audités
18-25 ans	0
26-35 ans	1
36-45 ans	0
46-55 ans	0
56-65 ans	4
66-75 ans	4
76-85 ans	7
86-95 ans	9
96 ans et plus	1
Total	26

Tableau 14 - Répartition des dossiers patients par âge (2nd tour)

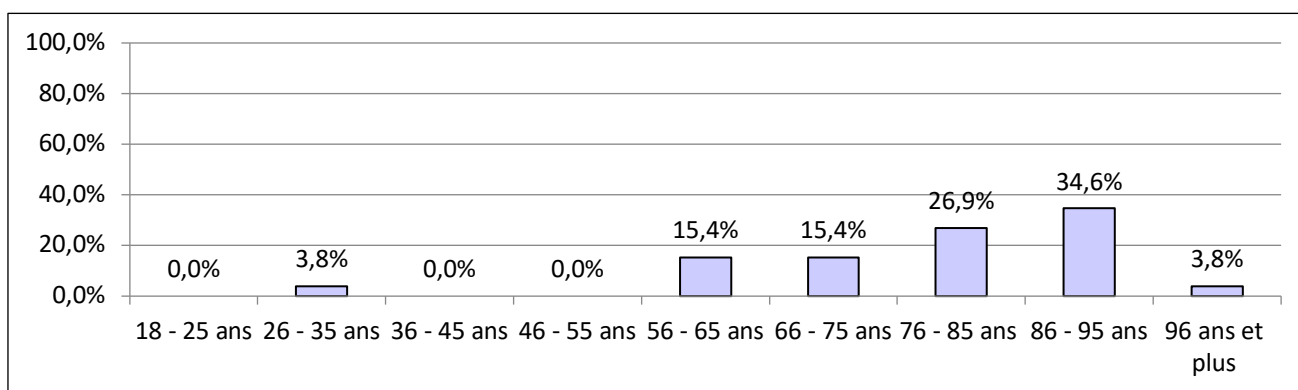


Figure 16 - Diagramme de répartition des dossiers patients par âge (2nd tour)

- Nombre de plaies par patient

Parmi les 26 dossiers audités :

- 22 patients présentaient une seule et unique plaie ;
- 4 patients présentaient 2 plaies. (tableau 15, figure 17)

	Nombre de dossiers patients audités
1 plaie	22
2 plaies	4
Total	26

Tableau 15 - Répartition des dossiers par nombre de plaies observées (2nd tour)

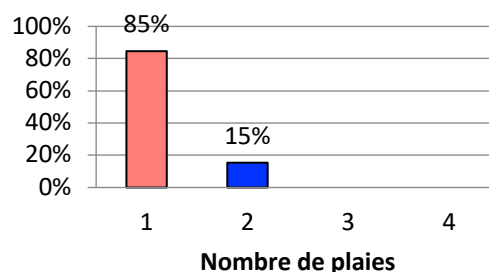


Figure 17 - Diagramme de répartition des dossiers patients par nombre de plaies observées (2nd tour)

B. Taux de conformité obtenus et analyse statistique

Critères évalués	Taux de conformité obtenus (%)		Analyse statistique		
	1 ^{er} tour	2 nd tour	Différence de proportion (%)	Intervalle de confiance (%)	Significativité
Score de Norton	61,3	57,7	- 3,6	[-22.81 ; 29.78]	Non
Score IK* (HAD)	100	100	0	[-34.45 ; 26.76]	Non
Les facteurs de risque	58,1	69,2	+ 11.1	[-15.87 ; 35.65]	Non
La prescription médicale	23,5	46,7	+ 23.2	[0.26 ; 44.47]	Oui
L'évaluation initiale des plaies	83,3	100	+ 16.7	[-6.68 ; 35.45]	Non
Le suivi des plaies aiguës et chroniques	92,2	96,7	+ 4.5	[-12.08 ; 16.83]	Non
L'ÉVALUATION INITIALE :					
— La date d'acquisition	51,7	100	+ 48.3	[20.42 ; 67.1]	Oui
— Le type de plaie	66,7	100	+ 33.3	[7.36 ; 52.86]	Oui
— La localisation de la plaie	73,3	100	+ 26.7	[1.66 ; 46.17]	Oui
LE SUIVI DES PLAIES AIGÜES ET CHRONIQUES :					
— Le stade de la plaie	59,6	100	+ 40.4	[20.73 ; 55.69]	Oui
— La date de biologie	0	0	0	[-16.58 ; 17.81]	Non
— L'albuminémie	0	0	0	[-16.58 ; 17.81]	Non
— La CRP	0	0	0	[-16.58 ; 17.81]	Non
— Le suivi diététique	0	0	0	[-16.58 ; 17.81]	Non
— L'évaluation de la douleur	40,4	100	+ 59.6	[38.77 ; 73.29]	Oui
— Des photos	57,9	100	+ 42.1	[3.72 ; 66.03]	Oui
— Le lit de la plaie	56,8	83,3	+ 26.5	[2.79 ; 45.31]	Oui
— L'exsudat	34,1	62,1	+ 28	[2.65 ; 49.18]	Oui
— Les berges	41,9	67,9	+ 26	[0.21 ; 47.26]	Oui
— La peau péri-lésionnelle	55,8	81,5	+ 25.7	[0.62 ; 45.21]	Oui
— L'intervention réalisée	83	100	+ 17	[0.33 ; 31.35]	Oui
— Le type de pansement	83	100	+ 17	[0.33 ; 31.35]	Oui
— La date et signature	61,7	100	+ 38.3	[18.81 ; 53.62]	Oui
Fréquence des suivis	72,5	93,3	+ 20.8	[0.6 ; 36.32]	Oui
Information au patient et à la famille	6,7	73,1	+ 66.4	[39.39 ; 81.99]	Oui
Traçabilité des moyens de prévention mis en place	28,6	66,7	+ 38.1	[1.4 ; 64.21]	Oui
Consentement du patient, si photo des plaies	46,2	100	+ 53.8	[7.52 ; 79.6]	Oui

Tableau 16 - Évolution des taux de conformité entre le 1^{er} et le 2nd tour d'évaluation, différence de proportion, intervalle de confiance et significativité (Audit de dossier)

Concernant l'audit de dossier, le tableau 16 présente, pour chacun des critères évalués :

- Le taux de conformité obtenu lors de l'évaluation initiale (1^{er} tour). Ce taux est exprimé en pourcentage ;
- Le taux de conformité obtenu lors de la réévaluation (2nd tour). Ce taux est exprimé en pourcentage ;
- La différence de proportion entre les taux de conformité de l'évaluation initiale et de la réévaluation. Cette différence est exprimée en pourcentage ;
- L'intervalle de confiance à 95% de la différence de proportion. Cet intervalle de confiance est exprimé en pourcentage ;
- La significativité de la différence de proportion.

A la lecture de ce tableau, on constate donc que sur les 27 critères évalués, 21 montrent une différence de proportion positive, soit 77,8% des critères. Toutefois, sur ces 21 critères montrant une différence de proportion positive, seuls pour 18 de ces critères cette différence est statistiquement significative.

Ainsi, la réalisation de cette EPP* a permis d'améliorer significativement 66,7% des critères évalués.

II. Enquête de pratiques

A. Caractéristiques de la population d'étude

1) Évaluation initiale

- Unités concernées

Parmi les 32 soignants ayant répondu à l'enquête de pratiques, 11 soit 34% des soignants, évoluent au sein du service de Médecine, 10 soit 32% des soignants, évoluent au sein de service de SSR* et 11 soit 34% des soignants, évoluent au sein du service de HAD*. (tableau 17, figure 18)

	Nombre de soignants interrogés
Médecine	11
SSR*	10
HAD*	11
Total	32

Tableau 17 - Répartition des soignants interrogés par service (1^{er} tour)

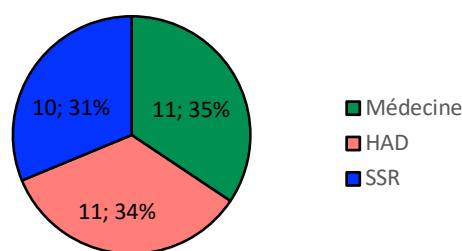


Figure 18 - Diagramme de répartition des soignants interrogés par service (1^{er} tour)

- Fonction

Parmi les 32 soignants ayant répondu à l'enquête de pratiques, 16 soit 50% des soignants, exercent la fonction d'IDE et 16 soit 50% des soignants, exercent la fonction d'Aide-soignant. (tableau 18, figure 19)

	Fonction des soignants interrogés
IDE*	16
AS*	16
Total	32

Tableau 18 - Répartition des soignants interrogés par fonction (1^{er} tour)

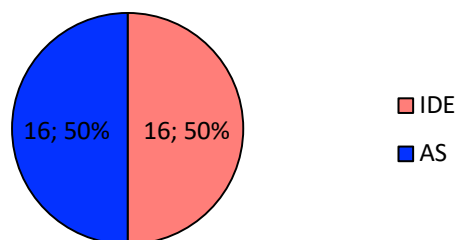


Figure 19 - Diagramme de répartition des soignants interrogés par fonction (1^{er} tour)

2) Réévaluation

• Unités concernées

Toujours dans l'objectif de pouvoir confronter les résultats du 2nd tour à ceux du 1^{er} tour, il était donc nécessaire d'interroger, de nouveau, les 32 soignants ayant déjà été interrogés lors du 1^{er} tour. Toutefois, ce 2nd tour ayant été réalisé au mois de juillet, il a été impossible de réinterroger certains soignants en raison de leurs congés annuels mais également de quelques arrêts maladies.

Ainsi, 8 soignants ont pu être réinterrogés au sein du service de Médecine, 9 au sein du service de SSR* et 8 au sein du service de HAD, représentant respectivement 32%, 36% et 32% des soignants interrogés lors de ce 2nd tour. Au total, ce sont donc 25 soignants qui ont été réinterrogés. (tableau 19, figure 20)

	Nombre de soignants interrogés
Médecine	8
SSR*	9
HAD*	8
Total	25

Tableau 19 - Répartition des soignants interrogés par service (2nd tour)

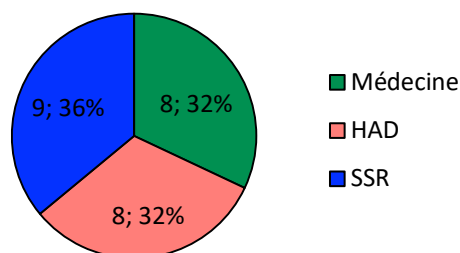


Figure 20 - Diagramme de répartition des soignants interrogés par service (2nd tour)

• Fonction

Parmi les 25 soignants ayant de nouveau répondu à l'enquête de pratiques, 12 soit 48% des soignants, exercent la fonction d'IDE* et 13 soit 52% des soignants, exercent la fonction d'AS*. (tableau 20, figure 21)

	Fonction des soignants interrogés
IDE*	12
AS*	13
Total	25

Tableau 20 - Répartition des soignants interrogés par fonction (2nd tour)

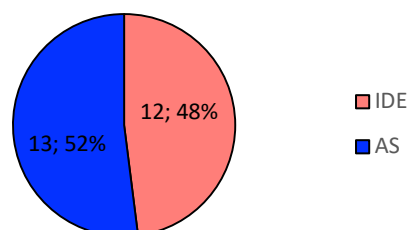


Figure 21 - Diagramme de répartition des soignants interrogés par fonction (2nd tour)

B. Taux de conformité obtenus et analyse statistique

Critères évalués	Taux de conformité obtenus (%)		Analyse statistique		
	1 ^{er} tour	2 nd tour	Différence de proportion (%)	Intervalle de confiance (%)	Significativité
EVALUATION INITIALE					
Réalisation de l'évaluation de l'état cutané du patient	100	100	0	[-16.58 ; 13.34]	Non
Moment de réalisation de l'évaluation de l'état cutané du patient	59,4	88	+ 28.6	[2.5 ; 49.21]	Oui
Méthode utilisée pour réaliser l'évaluation de l'état cutané du patient	65,6	92	+ 26.4	[1.65 ; 46.35]	Oui
Support de traçabilité de l'évaluation de l'état cutané du patient	43,8	76	+ 32.2	[3.96 ; 54.11]	Oui
LES ESCARRES					
Prévention du risque d'escarre					
Connaissance des facteurs de risque de l'escarre	78,6	85,4	+ 6.8	[1.26 ; 12.25]	Oui
Connaissance des moyens de prévention de l'escarre	80	80,8	+ 0.8	[-9.22 ; 10.36]	Non
Connaissance du moment où doivent être mis en place les moyens de prévention	53,1	54	+ 0.9	[-18.26 ; 19.8]	Non
Support de traçabilité des moyens de prévention mis en place	46,9	76	+ 29.1	[1.01 ; 51.33]	Oui
Connaissance des différents stades de l'escarre	56,3	80	+ 23.7	[12.4 ; 34.04]	Oui
Traitement des escarres					
Connaissance des objectifs selon le stade de l'escarre	38,8	84,8	+ 46	[34.86 ; 55.39]	Oui
Connaissance des traitements à mettre en place selon le stade de l'escarre	62,2	67	+ 4.8	[-3.67 ; 12.97]	Non
Connaissance des pansements à mettre en place selon le stade de l'escarre	53,1	79,6	+ 26.5	[16.75 ; 35.33]	Oui
L'information et l'éducation du patient et/ou de son entourage	100	100	0	[-30.13 ; 24.07]	Non
LES PLAIES					
Les différents types de plaies					
Connaissance des caractéristiques d'une plaie chronique	62,5	76	+ 13.5	[-13.22 ; 36.81]	Non
Connaissance des caractéristiques d'une plaie aiguë	40,6	40	- 0.6	[-26.11 ; 26.63]	Non
Connaissance des caractéristiques d'une plaie infectée	84,4	72	- 12.4	[-11.08 ; 36.06]	Non
Distinction ulcère veineux/artériel	40,6	72	+ 31.4	[2.88 ; 53.69]	Oui
LES PANSEMENTS					
Connaissance des pansements à mettre en place selon le type de plaie et la phase de cicatrisation	25,8	46,2	+20.4	[11.34 ; 29.12]	Oui

LES PANSEMENTS COMPLEXES					
Connaissance des indications des pansements complexes	43,8	81,1	+ 37.3	[19.6 ; 51.52]	Oui
PREVENTION, TRACABILITE, SORTIE					
Connaissance des documents de référence à la mise en œuvre des bonnes pratiques	46	72,4	+ 26.4	[0.35 ; 47.89]	Oui
Support de traçabilité du traitement	41,2	42,9	+ 1.7	[-23.65 ; 27.1]	Non
Prévention de la douleur induite par les soins	78,8	85	+ 6.2	[-8.26 ; 19.44]	Non
Information et éducation du patient pour le retour à domicile	100	100	0	[-48.32 ; 40.23]	Non
Assurabilité de la continuité des soins lors de la sortie ou du transfert	71,9	83,3	+ 11.4	[-14.07 ; 33.38]	Non

Tableau 21 - Évolution des taux de conformité entre le 1^{er} et le 2nd tour d'évaluation, différence de proportion, intervalle de confiance et significativité (Enquête de pratiques)

Concernant l'enquête de pratiques, le tableau 21 présente, pour chacun des critères évalués :

- Le taux de conformité obtenu lors de l'évaluation initiale (1^{er} tour). Ce taux est exprimé en pourcentage ;
- Le taux de conformité obtenu lors de la réévaluation (2nd tour). Ce taux est exprimé en pourcentage ;
- La différence de proportion entre les taux de conformité de l'évaluation initiale et de la réévaluation. Cette différence est exprimée en pourcentage ;
- L'intervalle de confiance à 95% de la différence de proportion. Cet intervalle de confiance est exprimé en pourcentage ;
- La significativité de la différence de proportion.

A la lecture de ce tableau, on constate donc que sur les 24 critères évalués, 19 montrent une différence de proportion positive, soit 79,2% des critères. Toutefois, sur ces 19 critères montrant une différence de proportion positive, seuls pour 12 de ces critères cette différence est statistiquement significative.

Ainsi, la réalisation de cette EPP* a permis d'améliorer significativement 50% des critères évalués.

Au total, toutes EPP* confondues, ce sont 30 critères qui ont vu leur taux de conformité s'améliorer significativement entre l'évaluation initiale et la réévaluation, soit 58,8% des critères évalués. Ainsi, 41,2% des critères n'ont montré aucune évolution significative.

III. Communication

Ces résultats ont fait l'objet d'une communication, auprès du groupe de travail, après l'évaluation initiale et après la réévaluation. Ainsi, ont été présentés à ce groupe pour l'évaluation initiale puis la réévaluation : le nombre d'observations réalisées par rapport à l'échantillonnage défini, une analyse globale des résultats critère par critère, le plan d'actions, etc. A également été évoquée lors de ces communications la stratégie de communication des résultats au niveau des différents services.

La stratégie de communication aux services qui a été définie est la suivante :

- Les cadres de santé et/ou référents des différents services auront pour mission de communiquer les synthèses des résultats (ANNEXE 7 et 9) ainsi que le plan d'action (ANNEXE 8) aux soignants lors de la prochaine réunion de service ;
- Cette synthèse et ce plan d'action feront l'objet d'un affichage dans chacun des services ;
- Le rapport d'analyse complet, comprenant la méthodologie appliquée, les résultats et le plan d'action, sera mis à disposition sur le serveur Qualité de l'établissement, accessible à tous.

PARTIE 4 : DISCUSSION

I. Rappel de l'objectif

Pour rappel, l'objectif de cette étude est de mesurer l'impact des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein d'un Centre Hospitalier, appliquées au domaine de la prise en charge des plaies et des escarres.

II. Principaux résultats obtenus

Le déploiement de cette étude au sein du CHH nous permet d'identifier 2 types de résultats principaux. En effet, via la mise en œuvre de ces 2 EPP* ce sont, au total, 51 critères qui ont fait l'objet d'une évaluation initiale puis d'une réévaluation. Les évolutions obtenues à ces 51 critères peuvent être classées en 2 catégories :

- Les critères s'étant améliorés significativement, soit 58,8% des critères ;
- Les critères n'ayant montré aucune évolution significative, soit 41,2% des critères.

III. Conformité des résultats aux attentes

Malgré une majorité de critères ayant montré une amélioration significative, ces résultats ne sont pas franchement à la hauteur de nos espérances. En effet, certains critères, et encore trop nombreux, n'ont montré aucune amélioration. Toutefois, ces résultats, bons comme moins bons, semblent trouver des explications.

IV. Explications des résultats

Lorsque l'on se penche de plus près sur ces résultats, on s'aperçoit, rapidement, que les critères ayant montré une amélioration sont, surtout, ceux ayant été évalués via l'audit de dossier. A contrario, les critères n'ayant montré aucune évolution, sont surtout ceux ayant été évalués via l'enquête de pratiques. Ce phénomène semble s'expliquer, notamment, grâce à 3 éléments explicités ci-dessous.

Tout d'abord, l'élément semblant le plus probant pour expliquer ce phénomène semble être le déploiement du plan d'actions.

En effet, étant donné le temps imparti à la réalisation de cette étude, le plan d'actions n'était que partiellement déployé au moment de la phase de réévaluation.

Concernant l'audit de dossier, la totalité des actions relatives à ce dernier a été déployée, alors que pour l'enquête de pratiques, seul un tiers des actions relatives à cette dernière a pu être déployé dans le temps imparti. Or, la mise en œuvre du plan d'actions est la clef permettant de déployer des moyens afin d'améliorer les pratiques.

Afin d'obtenir des résultats optimaux, il aurait été préférable d'attendre que l'ensemble des mesures inscrites au plan d'actions ait été réalisé avant de procéder à la phase de réévaluation.

Le second élément pouvant expliquer ces résultats obtenus concerne les supports d'évaluation utilisés pour mener les EPP*.

La grille d'évaluation liée à l'audit de dossier se constitue d'une page format A4 en recto-verso et comporte quasi uniquement des questions fermées.

La grille liée à l'enquête de pratiques se constitue, quant à elle, de 10 pages format A4 en recto-verso et comporte des questions ouvertes, des questions à choix multiples, des questions à choix unique et des questions fermées. De plus, cette grille s'accompagne d'un guide évaluateur, le support est donc multiple. Ces éléments ont très certainement contribué à rendre cette enquête trop lourde, trop chronophage et non ergonomique pour l'auditeur comme pour l'audité. Tout cela se traduisant par une perte d'information liée à des réponses non adaptées au type de question à laquelle elles sont liées ou encore à l'absence de réponse à certaines questions, mettant alors en péril la qualité des résultats obtenus.

Le recul sur cette enquête nous permet de dégager quelques points d'amélioration. Elle démontre bien l'importance d'avoir un support d'évaluation unique, d'harmoniser le type de questions au sein d'une même grille d'évaluation et de ne pas être dans la recherche d'une certaine exhaustivité qui nous pousse à accroître le nombre de critères à évaluer. Or, il semble essentiel de se poser la question de la réelle pertinence du critère vis à vis de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient afin de conserver uniquement les critères primordiaux.

Le troisième élément, semblant être intéressant, concerne l'auditeur, c'est-à-dire la personne ayant mené l'évaluation.

Pour l'audit de dossier, l'évaluation a été menée par un binôme constitué d'un membre de la cellule qualité et d'un soignant. Au sein de ce binôme, il y avait donc un membre expérimenté dans la réalisation de l'exercice d'EPP*, et surtout ayant participé à la construction de la grille d'évaluation.

Pour l'enquête de pratiques, l'évaluation a été menée par le référent de la thématique au sein du service, soit un IDE* qui était chargé d'aller interroger les IDE* et AS* de son service. L'auditeur n'est donc pas nécessairement quelqu'un d'habitué à l'exercice des EPP* et surtout quelqu'un n'ayant pas participé à la construction de la grille d'évaluation et du guide évaluateur. Or, ce qui est évident pour les uns ne l'est pas forcément pour les autres. En effet, il semblerait que certaines questions aient été mal interprétées/comprises, tout comme certaines explications du guide évaluateur. Certains auditeurs ont peut-être même omis l'existence de ce guide et/ou n'ont pas eu le réflexe de s'y référer.

Fort de ces constats, il paraît alors indispensable d'ajouter une dernière étape à la phase 1 de préparation de mise en œuvre d'une EPP*, à savoir une étape de test des grilles et de formation éventuelle des auditeurs. Cette étape aurait pour objectif de tester les grilles avec les auditeurs, de les mettre en situation, afin de s'assurer de leur bonne compréhension de l'ensemble des questions, de leur expliquer comment se servir du guide évaluateur, comment soumettre à l'audit telle ou telle question, etc. En effet, il semble alors fructueux que d'investir un peu de temps pour accompagner l'auditeur afin de garantir la bonne qualité des résultats obtenus.

Bien que comportant quelques faiblesses, cette enquête de pratiques nous a cependant apporté suffisamment d'éléments de réponses pour dégager les points forts et les points d'amélioration concernant les pratiques des professionnels sur la prise en charge des plaies et des escarres. De plus, cette enquête a permis de relancer cette thématique au cœur des services, d'alerter, de sensibiliser les professionnels, nous permettant, ainsi, de tendre vers l'objectif des EPP* en faisant un premier pas vers la culture d'excellence en santé.

En outre, malgré des résultats en demi-teinte, il ne faut pas oublier que certains critères, essentiels à la prise en charge du patient, comme par exemple : la fréquence des suivis, l'information délivrée au patient et à la famille, la connaissance des facteurs de risque de l'escarre, la connaissance des différents stades de l'escarre, la connaissance des objectifs selon le stade de l'escarre, etc. se sont considérablement améliorés grâce à ces

EPP*. Ces améliorations bénéficient, en premier lieu, au patient. Assurément, la progression de ces critères contribue à améliorer sa prise en charge. Et, de ce fait, l'expérience patient et la qualité perçue par celui-ci, s'en retrouvent, elles aussi, améliorées. En effet, au cours de la dernière décennie, nous avons assisté au développement de sites internet, d'émissions télévisées accès sur la santé, mais aussi à l'émergence de forums, de blogs, etc. cette multiplication des canaux de transmission de l'information et de la connaissance a permis de faire apparaître une nouvelle notion, celle de « patient-expert ». Ces patients « experts » se montrent particulièrement attentifs quant à la qualité technique des soins qui leur sont prodigués. Tout cela permet donc de satisfaire, un peu plus, les exigences patient, qui vont croissantes, d'années en années.

L'ensemble de ces constats, effectué à partir de nos EPP* sur le domaine de la prise en charge des plaies et des escarres, nous laisse penser qu'il existe un réel impact positif des EPP*, à la stricte condition que ces dernières soient implémentées via une méthodologie sans faille, irréprochable. Assurément, la réussite d'une EPP* va être dépendante du déploiement et de la pertinence de son plan d'actions, des supports d'évaluation, de la formation de l'auditeur, etc. Dans ce cadre, les EPP* semblent contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles, et donc, par conséquent, à la qualité et à la sécurité des soins. Toutefois, si ces EPP* semblent nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins, sont-elles suffisantes ? En effet, la qualité et la sécurité des soins au sein d'un établissement sanitaire ne se résument pas uniquement à la qualité et à la conformité de ses pratiques professionnelles. Elles vont aussi dépendre des équipements et des locaux, des ressources disponibles, qu'elles soient humaines ou matérielles, des plans de formation proposés aux personnels médicaux et paramédicaux, de la performance du système d'information, de la capacité de l'établissement à maîtriser ses risques, etc.

V. Forces et limites de l'étude

La principale force de notre étude réside en l'échantillonnage de notre audit de dossiers. En effet, lors de la phase d'évaluation initiale, comme celle de réévaluation, tous les dossiers, sans exception, respectant les critères d'inclusion ont été évalués. Ainsi, nous obtenons donc une excellente représentativité des résultats obtenus.

Comme toute étude, la nôtre comporte des limites. Ici, 3 limites ont pu être identifiées.

La première limite à cette étude concerne l'utilisation des enquêtes de pratiques comme l'une des deux méthodes d'évaluation.

En effet, une telle enquête se base uniquement sur du déclaratif. Il n'y pas de vérification de la conformité des paroles, aux actes. Il peut donc exister un décalage entre la pratique déclarée et la pratique effectivement réalisée.

Toutefois, afin de minimiser au maximum cet écart entre déclaré et réalisé, les questionnaires respectaient l'anonymat du répondant, ils n'étaient pas administrés par le cadre de santé ou la cellule qualité de l'établissement mais par le référent de la thématique au sein du service, soit un IDE ou un aide-soignant, afin de favoriser un climat de confiance et de non-évaluation. Enfin, chaque répondant a été, au préalable, sensibilisé au fait, qu'il s'agit bel et bien d'évaluer les pratiques de l'établissement et non pas d'évaluer les professionnels, indépendamment, sur leurs pratiques. L'accent a également été mis sur l'aspect non sanctionnant et punitif de la démarche.

La seconde limite concerne l'échantillonnage de l'enquête de pratiques.

Il est à noter que sur 92 répondants « potentiels », seuls 32 ont effectivement répondu à l'enquête. Le taux de retour est donc de 34,8%, ce qui est un peu faible. Cependant, au vu des conditions sanitaires ce taux de retour reste sensé. En effet, l'administration de cette enquête mobilisait 2 soignants, l'interviewer et l'interviewé. Or, en cette situation de tension hospitalière liée à la Covid, il n'était pas chose aisée que de priver un service de 2 soignants, et ce même sur un laps de temps assez court. De plus, ce résultat est tout de même suffisant pour dégager des tendances au niveau des pratiques professionnelles.

La troisième limite identifiée concerne la mise en œuvre du plan d'actions d'amélioration.

En effet, par manque de temps, la réévaluation a dû être réalisée avant même que le plan d'actions puisse être mené à son terme. En effet, sur huit actions définies, cinq ont pu être effectivement mises en œuvre dans le temps imparti. Ainsi, les actions suivantes ont été réalisées : révision de la fiche pansement du DPI, réalisation de support de formations, révision de la plaquette « Prévention des escarres » à destination des patients, élaboration d'un guide de poche à destination des professionnels « L'antisèche du CHH : Quel pansement pour quelle plaie ? » et l'élaboration d'une check-list « Actions préalables à la réfection d'un pansement ».

A contrario, les actions suivantes n'ont pas pu être mises en place dans le temps imparti, mais le seront dans les mois à venir : mise à jour des documents de la GED*, réalisation d'une formation interne auprès des professionnels et mise à disposition des services d'un moyen de prendre des photos et de les transférer dans le DPI*.

L'amélioration aurait, peut-être, été plus marquante si le plan d'actions dans sa globalité avait été mis en œuvre.

VI. Perspectives de recherche

Notre étude ambitionnait de mesurer l'impact des EPP* sur la qualité et la sécurité des soins. Nous avons observé que la mise en place de celles-ci, permettait dans notre domaine et sur certains critères, une amélioration significative des pratiques professionnelles, et donc des soins. Il serait, toutefois, intéressant de poursuivre ou de compléter cette étude pour aller plus loin dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. En effet, cette étude ne doit pas être une finalité.

Tout d'abord, il serait nécessaire de réaliser des études similaires supplémentaires. En effet, d'après nos connaissances, les études publiées jusqu'alors, font surtout état de création d'outils d'EPP* mais n'en évaluent pas forcément leurs impacts. De ce fait, la réalisation d'études supplémentaires viendrait alimenter la littérature scientifique sur le sujet et permettrait de confronter les différents résultats obtenus et, en outre, de venir ainsi, confirmer ou infirmer les nôtres.

Ensuite, il semblerait intéressant, d'aller au-delà de la qualité et de la sécurité des soins en mesurant l'impact des EPP* sur les résultats financiers de l'établissement. Actuellement, divers dispositifs tels que le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES), les Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS), l'Incitation Financière pour l'Amélioration de la Qualité (IFAQ), le codage au niveau du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), etc. permettent aux établissements, soit de recevoir un intéressement financier, soit d'être soumis à une amende pécuniaire selon le niveau de résultat obtenu.

Par exemple, les plaies peuvent constituer une comorbidité permettant une augmentation de la valorisation du séjour, à condition que cette prise en charge soit explicitement tracée dans le DPI*. Parallèlement, à l'audit de dossier le Département d'Informations Médicales (DIM) du CHH a réalisé une étude médico-économique afin de

chiffrer précisément la survalorisation des séjours suite au codage PMSI des plaies. Il ressort de cette étude que sur la période du mois de février, 8 patients présentant une plaie ont fait l'objet d'une hospitalisation au sein du service de médecine polyvalente, sur ces 8 patients, 5 ont pu voir leur séjour revalorisé grâce à la prise en charge de leur plaie, ce qui représente une survalorisation de 8 849€. (35)

Il semblerait donc que nous sommes en train d'assister à un tournant de la qualité hospitalière, qui devient un enjeu financier pour les établissements, et, par conséquent, un enjeu stratégique. La réalisation d'une étude mesurant l'impact des EPP* sur les résultats financiers de l'établissement permettrait de conclure quant à l'impact de ces dernières sur la performance financière de la structure.

Pour finir, une autre perspective semble intéressante à investiguer. En effet, en octobre 2020, la HAS a publié son nouveau manuel de certification, *Certification des établissements de santé pour la qualité des soins*. Ce manuel présente, entre autres, les 5 méthodes d'évaluation qui seront déployées par les experts-visiteurs le jour de la visite de certification pour apprécier la conformité aux différents critères du manuel. Parmi ces 5 méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles, 2 sont nouvelles : le parcours traceur et le traceur ciblé. Ces 2 nouvelles méthodes vont donc être très largement déployées par les établissements sanitaires afin de réaliser leur évaluation interne.

Il semblerait donc intéressant de mesurer l'impact de ces nouvelles méthodes d'EPP* sur la qualité et la sécurité des soins.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour ambition de mesurer l'impact des évaluations des pratiques professionnelles sur la qualité et la sécurité des soins.

Pour cela, il a fallu, dans un premier temps, déployer des EPP* afin de récolter les données nécessaires à la réalisation de cette étude. Ainsi, deux EPP*, une enquête de pratiques et un audit de dossiers, ont été déployées au sein des services de Médecine, de HAD* et de SSR* du Centre Hospitalier d'Hazebrouck. La réalisation de ces EPP* a permis d'obtenir, pour chaque critère évalué, deux taux de conformité. Le premier taux étant obtenu suite à la réalisation de l'évaluation initiale, et le second taux suite à la réalisation de la réévaluation, effectuée après la mise en œuvre d'un plan d'actions d'amélioration. Ces taux de conformité ont servi de données pour la réalisation de l'analyse statistique.

En effet, il a fallu, dans un second temps, effectuer une analyse statistique. Cette analyse statistique se déroule en deux étapes.

La première étape consiste à calculer la différence de proportion entre les résultats de l'évaluation initiale et ceux de la réévaluation afin de savoir s'il y a eu une évolution et de connaître le sens de cette évolution, positive ou négative.

La seconde étape consiste à calculer l'intervalle de confiance à 95% afin de savoir si cette différence de proportion est statistiquement significative ou non.

Les résultats obtenus suite à cette analyse statistique permettent d'identifier 2 types de résultats principaux. Les critères s'étant améliorés significativement et ceux n'ayant montré aucune évolution significative.

Malgré une majorité de critères ayant montré une amélioration significative, les résultats ne sont pas franchement à la hauteur de nos espérances. En effet, certains critères n'ont montré aucune amélioration. Nos résultats nous laissent donc penser qu'il existe un réel impact positif des EPP*, à la stricte condition que ces dernières soient implémentées via une méthodologie stricte.

Ce travail de mémoire montre qu'il serait pertinent de réaliser des études supplémentaires sur cette thématique. En effet, d'après nos connaissances, les études publiées jusqu'alors, font surtout état de création d'outils d'EPP* mais n'en évaluent pas

forcément leurs impacts. De ce fait, la réalisation d'études supplémentaires permettrait de confronter les différents résultats obtenus et ainsi de venir confirmer ou infirmer les nôtres.

BIBLIOGRAPHIE

1. Martinez, F.B. (2001, juin). *Les principes généraux de la qualité*. Actualités et dossier en santé publique, n°35, p.18-23.
2. GALIZIA, J-L. (s. d.). *La démarche qualité à travers l'histoire*, p.1-9.
3. Rouressol, P. *La démarche qualité à l'hôpital local*, Mémoire de l'École des Hautes Études de Santé Publique, sous la direction de Joël Clément, Rennes, EHESP, 2004, 106.
4. Scheil, V. (1904). *La loi de Hammourabi*. HAL archives ouvertes, 45.
5. Vie publique.fr. (2020, 9 juillet). *Qu'est-ce-que le taylorisme ?* [Internet]. [Cité 10 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/fiches/270751-quest-ce-que-le-taylorisme>
6. GOGUE, J-M. (2012). *Western Electric - Manuel du contrôle statistique de la qualité*, 133.
7. Bayart, D. (2005). Walter Andrew Shewart, Economic Control of Quality of Manufactured Product. In: Landmark Writings in Western Mathematics 1640-1940 [Internet]. Elsevier B.V. [Cité 10 avr 2021]. p. 926-935. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00281114>
8. ALONGI, J. (2020, janvier). *Accréditation et certification en secteur sanitaire*. [Diapositives]
9. GARDETTE, V. (2021, avril). *Principes d'une démarche d'assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles*, 21.
10. CNRTL.fr. (s.d.). *QUALITÉ : Étymologie de QUALITÉ* [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/etymologie/qualit%C3%A9>
11. Le Robert, Dico en ligne. (s.d.). *Qualité - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert* [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/qualite>
12. DELVOSALLE, C. (2002, 1 janvier). *La qualité : des concepts à la pratique*. Pyramides Revue du Centre d'Études et de Recherche en Administration Publique, n°5, p.137-154.
13. HURLIMANN, C. (2001, juin). *Approche conceptuelle de la qualité des soins*. Actualité et dossier en santé publique, n°35, p.23-28.
14. MENETRIER, A. *La qualité au sein des organisations*, Mémoire de fin d'études, sous la direction de Arthur Jacquemin, Paris, Université Paris 1, 2008, 93.
15. Légifrance.fr. (2021, 29 juillet). *Article L4133-1-1 - Code de la santé publique - Légifrance* [Internet]. [cité 26 juin 2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006688857/2021-06-26/

16. Haute Autorité de Santé. (2006, mars). *Communication du collège de la HAS relative à l'évaluation des pratiques professionnelles*, 2.
17. Gaudart, J. (2009). *Démarche Qualité et Évaluation en Santé - Évaluation des Pratiques Professionnelles*, 26.
18. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (1998, avril). *Les évaluations des pratiques professionnelles dans les établissements de santé*, 76.
19. CARON, D. (2019, septembre). De l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à l'amélioration des pratiques professionnelles (APP). [Diapositives]
20. PARENT, P-A. (2008). *L'évaluation des pratiques professionnelles, outil d'intégration de la démarche d'évolution continue de la qualité par les soignants*, Mémoire de l'École des Hautes Études de Santé Publique, sous la direction de Christine Quelier, Rennes, EHESP, 55.
21. NEMITZ, B. (2011). *Le développement professionnel continu et l'évaluation des pratiques professionnelles*, p.551-561.
22. Ministère des Solidarités et de la Santé. (2016, août 11). *Développement professionnel continu - DPC* [Internet]. [Cité 22 avril 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/dpc>
23. Ovreteit, J. (2002, 1 septembre). *Evaluation of quality improvement programmes*. Quality Safety in Health Care, Vol.11, n°3, p.270-275.
24. Kristensen S, Hammer A, Bartels P, Suñol R, Groene O, Thompson CA, et al. (2015, décembre). *Quality management and perceptions of teamwork and safety climate in European hospitals*. International Journal for Quality in Health Care. Vol.27, n°6, p.499-506.
25. LIAGRE, A. (2013). *Logigramme des soins curatifs des plaies et des escarres*. Document interne au Centre Hospitalier d'Hazebrouck. Document publié dans la gestion documentaire.
26. LIAGRE, A. (2013) *Logigramme des soins préventifs des plaies et des escarres*. Document interne au Centre Hospitalier d'Hazebrouck. Document publié dans la gestion documentaire.
27. Haute Autorité de Santé. (2011, avril). *Les pansements : indications et utilisations recommandées*, 4.
28. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2001, novembre). *Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé*, 37.
29. Centre Hospitalier d'Hazebrouck. (2013). *Audit DP - Prévention et traitements des escarres, plaies et cicatrisation*. Document interne au Centre Hospitalier d'Hazebrouck. Grille d'évaluation pour la réalisation d'un audit de dossier patient.

30. Centre Hospitalier d'Hazebrouck. (2013). Audit de pratiques. Document interne au Centre Hospitalier d'Hazebrouck. Grille d'évaluation pour la réalisation d'un audit de pratiques.
31. LIAGRE, A. (2017). *Conduite à tenir pour la prévention et le traitement des escarres*. Document interne au Centre Hospitalier d'Hazebrouck. Document publié dans la gestion documentaire.
32. LIAGRE, A. (2010). *Le traitement de l'escarre*. Document interne au Centre Hospitalier d'Hazebrouck. Document publié dans la gestion documentaire.
33. Haute Autorité de Santé. (2017, 15 novembre). *Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier d'anesthésie*. [Internet]. [Cité 1 mai 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/fiche_descriptive_dan2_tda_26.11.13.pdf
34. Haute Autorité de Santé. (2018, 25 juin). *Audit clinique* [Internet]. [Cité 1 mai 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807705/fr/audit-clinique
35. CARPENTIER, D. (2021, 26 février). Note d'information n°14. Document interne au Centre Hospitalier d'Hazebrouck. Note d'information à destination du service de Médecine polyvalence concernant le codage PMSI des plaies.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	2
TABLE DES TABLEAUX	3
TABLES DES FIGURES	4
REMERCIEMENTS	5
PARTIE 1 : INTRODUCTION	6
I. De la démarche qualité aux évaluations des pratiques professionnelles	6
A. L'avènement de la qualité dans le monde	6
1) Des prémices de la qualité au 18ème siècle	6
2) Le tournant de la révolution industrielle.....	6
3) De la fin de la seconde guerre mondiale aux années 60.....	8
4) Des années 70 à nos jours.....	9
B. La démarche qualité à l'hôpital.....	9
1) Une difficile définition de la notion de qualité	9
a. Étymologiquement.....	10
b. Le petit Robert.....	10
c. L'AFNOR*.....	10
d. L'International Organization for Standardisation (ISO).....	10
e. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).....	10
f. L'insitute of Medicine (IOM).....	11
2) Les concepts de la qualité.....	11
a. La politique qualité	11
b. Le système qualité	11
c. La démarche qualité.....	12
d. L'assurance qualité	12
3) Les principes d'une démarche qualité	13
a. Une démarche centrée sur le patient	13
b. Une démarche méthodique par processus.....	14
c. Une démarche continue	15
C. Les évaluations des pratiques professionnelles	16
1) Définition	16
2) Cadre réglementaire.....	16
3) Méthodologie de l'EPP	18
a. Les différentes phases	18
i. Phase 1 : Préparation.....	18
ii. Phase 2 : Mise en œuvre de l'EPP*	20
iii. Phase 3 : Synthèse et plan d'amélioration	20
iv. Phase 4 : Suivi	21

b.	Les principes	21
i.	Une démarche continue intégrée	21
ii.	Une démarche pluri professionnelle	21
iii.	Une démarche formative	21
c.	Les outils	22
i.	Approche par comparaison	22
ii.	Approche par problème	23
iii.	Approche par processus.....	23
iv.	Approche par indicateur	23
D.	Les évaluations des pratiques professionnelles : un impact jamais évalué ?.....	23
1)	Focus sur la revue de la littérature	23
a.	L'impact sur la qualité et la sécurité des soins	23
b.	Les autres impacts fortuits.....	24
II.	Objectif de l'étude.....	25
PARTIE 2 :	MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	26
I.	Méthodologie d'implémentation de l'EPP.....	27
A.	Phase 1 : Préparation.....	27
1)	Choix de la thématique.....	27
2)	Définition des objectifs	30
3)	Choix des critères de référence.....	30
4)	Méthode d'évaluation	32
a.	Choix du type d'EPP	32
b.	Barème d'évaluation.....	33
5)	Champ de l'EPP*.....	33
a.	Services concernés	33
b.	Population cible.....	33
i.	Audit de dossiers.....	33
ii.	Enquête de pratiques	34
c.	Échantillonnage.....	35
i.	Audit de dossiers.....	35
ii.	Enquête de pratiques	35
6)	Élaboration et validation du protocole d'évaluation	35
B.	Phase 2 : Mise en œuvre	37
1)	Recueil des données.....	37
a.	Audit de dossiers.....	37
b.	Enquête de pratiques	37
2)	Traitement des données.....	37
C.	Phase 3 : Synthèse et plan d'action	38
1)	Synthèse de l'évaluation	38

2) Analyse des résultats et plan d'actions	38
3) Communication	38
D. Phase 4 : Suivi	39
1) Suivi du plan d'actions.....	39
2) Réévaluation	39
II. Analyse statistique	41
A. Différence de proportion.....	41
B. Intervalle de confiance	41
<i>PARTIE 3 : RÉSULTATS</i>	<i>43</i>
I. Audit de dossiers.....	43
A. Caractéristiques de la population d'étude	43
1) Évaluation initiale	43
2) Réévaluation	45
B. Taux de conformité obtenus et analyse statistique.....	48
II. Enquête de pratiques	50
A. Caractéristiques de la population d'étude	50
1) Évaluation initiale	50
2) Réévaluation	51
B. Taux de conformité obtenus et analyse statistique.....	52
III. Communication.....	55
<i>PARTIE 4 : DISCUSSION.....</i>	<i>56</i>
I. Rappel de l'objectif.....	56
II. Principaux résultats obtenus.....	56
III. Conformité des résultats aux attentes.....	56
IV. Explications des résultats.....	56
V. Forces et limites de l'étude.....	59
VI. Perspectives de recherche	61
<i>CONCLUSION</i>	<i>63</i>
<i>BIBLIOGRAPHIE.....</i>	<i>65</i>
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	<i>68</i>
<i>GLOSSAIRE</i>	<i>71</i>
<i>TABLE DES ANNEXES.....</i>	<i>72</i>

GLOSSAIRE

Les termes suivis d'un « * » sont recensés dans ce glossaire.

AFNOR	Association Française de Normalisation
AMDEC	Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
APHP	Assistante Publique Hôpitaux de Paris
AS	Aide-Soignant
CAQES	Contrat pour l'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins
CHH	Centre Hospitalier d'Hazebrouck
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CRP	Protéine C-Réactive
DIM	Département d'Informations Médicales
DPC	Développement Professionnel Continu
DPI	Dossier Patient Informatisé
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
FMC	Formation Médicale Continue
GED	Gestion Documentaire
HACCP	Hazard Analysis ans Critical Control Point
HAD	Hospitalisation À Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IFAQ	Incitation Financière pour l'Amélioration de la Qualité
IK	Indice de Karnofsky
IOM	Institute Of Medicine
IQSS	Indicateur pour la Qualité et la Sécurité des Soins
ISO	International Organisation for Standards
JUSE	Japanese Union of Scientist and Engineers
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OST	Organisation Scientifique du Travail
PDCA	Plan, Do, Check, Act
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
REMED	Revue d'Erreur Médicamenteuse
RMM	Revue de Mortalité et de Morbidité
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 - Grille d'évaluation : enquête de pratiques	I
Annexe 2 - Grille d'évaluation : audit de dossiers.....	XI
Annexe 3 - Guide évaluateur : enquête de pratiques	XIII
Annexe 4 - Synthèse du protocole d'évaluation	XVII
Annexe 5 - Extrait grille de saisie : enquête de pratiques.....	XXI
Annexe 6 - Extrait grille de saisie : audit de dossiers	XXII
Annexe 7 - Synthèse des résultats : évaluation initiale.....	XXIII
Annexe 8 - Plans d'actions d'amélioration.....	XXIV
Annexe 9 - Synthèse des résultats : réévaluation	XXVI

Annexe 1 - Grille d'évaluation : enquête de pratiques



Grille d'évaluation - Audit de pratiques (questionnaire IDE, AS)

Unité :
 Médecine SSR HAD
Fonction :
 IDE AS

EVALUATION INITIALE

1.1 Réalisez-vous une évaluation de l'état cutané chez vos patients ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
1.2 Si oui, à quel moment ?	<input type="radio"/> Le jour de l'entrée <input type="radio"/> Dans les 8 jours	<input type="radio"/> Dans les 2 jours <input type="radio"/> NA <input type="radio"/> Plus tard
2. Quelle méthode utilisez-vous ?	<input type="radio"/> Echelle validée type Norton <input type="radio"/> Echelle et jugement clinique	<input type="radio"/> Jugement clinique <input type="radio"/> Autre, précisez :
3. Sur quel support assurez-vous la traçabilité de votre évaluation du risque d'escarre ?	<input type="radio"/> DSI – Fiches de prévention (ADL/Dénutrition/Chute) + Score Norton <input type="radio"/> Dossier Patient Informatisé – Transmissions ciblées <input type="radio"/> Autre, précisez :	

LES ESCARRES

Prévention du risque d'escarre

4. Quels sont les facteurs de risque de l'escarre ?	<input type="radio"/> Pression aux points d'appui <input type="radio"/> Cisaillement <input type="radio"/> Frottement <input type="radio"/> Incontinence urinaire et fécale <input type="radio"/> Résistance cutanée <input type="radio"/> L'âge <input type="radio"/> Pathologie neurologique <input type="radio"/> Autre, précisez :	<input type="radio"/> Déshydratation et dénutrition <input type="radio"/> Troubles nutritionnels <input type="radio"/> Position statique <input type="radio"/> Immobilité, diminution de l'activité physique <input type="radio"/> Humidité <input type="radio"/> Diminution de la vascularisation <input type="radio"/> Perte de sensibilité
5. Quels sont les différents moyens de prévention de l'escarre ?	<input type="radio"/> La toilette <input type="radio"/> Le changement de position <input type="radio"/> Le suivi du traitement	<input type="radio"/> L'effleurage <input type="radio"/> La décharge des points d'appui <input type="radio"/> Autre, précisez :
6. A quel moment mettez-vous en place des moyens de prévention ?	<input type="radio"/> Tout de suite selon le score obtenu sur l'échelle validée <input type="radio"/> Après concertation en équipe médicale et paramédicale	<input type="radio"/> Tout de suite selon le jugement clinique effectué <input type="radio"/> Autre, précisez :
7. Comment assurez-vous la traçabilité des moyens de prévention mis en place ?	<input type="radio"/> Grille de saisie <input type="radio"/> DPI – Transmissions ciblées	<input type="radio"/> DPI - Observations kiné <input type="radio"/> Autre, précisez :

8. Pouvez-vous associer les différentes escarres au stade auquel ils appartiennent ?



Photo 1

- Stade 0
- Stade 1
- Stade 2
- Stade 3
- Stade 4



Photo 2

- Stade 0
- Stade 1
- Stade 2
- Stade 3
- Stade 4



Photo 3

- Stade 0
- Stade 1
- Stade 2
- Stade 3
- Stade 4



Photo 4

- Stade 0
- Stade 1
- Stade 2
- Stade 3
- Stade 4



Photo 5

- Stade 0
- Stade 1
- Stade 2
- Stade 3
- Stade 4

Traitement des escarres	
9. Pouvez-vous associer les différents stades de l'escarre à leur objectif ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention de l'escarre de décubitus et réépidermisation ○ Continuer la prévention et la réépidermisation <p>Stade 0</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention de l'escarre ○ Continuer la prévention et permettre la détersion avant la cicatrisation ○ Continuer la prévention et permettre la cicatrisation
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention de l'escarre de décubitus et réépidermisation ○ Continuer la prévention et la réépidermisation <p>Stade 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention de l'escarre ○ Continuer la prévention et permettre la détersion avant la cicatrisation ○ Continuer la prévention et permettre la cicatrisation
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention de l'escarre de décubitus et réépidermisation ○ Continuer la prévention et la réépidermisation <p>Stade 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention de l'escarre ○ Continuer la prévention et permettre la détersion avant la cicatrisation ○ Continuer la prévention et permettre la cicatrisation
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention de l'escarre de décubitus et réépidermisation ○ Continuer la prévention et la réépidermisation <p>Stade 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention de l'escarre ○ Continuer la prévention et permettre la détersion avant la cicatrisation ○ Continuer la prévention et permettre la cicatrisation
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention de l'escarre de décubitus et réépidermisation ○ Continuer la prévention et la réépidermisation <p>Stade 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention de l'escarre ○ Continuer la prévention et permettre la détersion avant la cicatrisation ○ Continuer la prévention et permettre la cicatrisation

<p>10. Pouvez-vous citer les différents traitements à mettre en place selon le stade de l'escarre ?</p>	<p>Stade 0</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pansement ○ Effleurage ○ Décharge des points d'appui ○ Levée des points d'appui ○ Nettoyer la plaie au sérum physiologique ou savon
	<p>Stade 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pansement ○ Effleurage ○ Décharge des points d'appui ○ Levée des points d'appui ○ Nettoyer la plaie au sérum physiologique ○ Nettoyer la plaie à l'eau et au savon
	<p>Stade 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pansement ○ Effleurage ○ Décharge des points d'appui ○ Levée des points d'appui ○ Nettoyer la plaie au sérum physiologique ○ Nettoyer la plaie à l'eau et au savon
	<p>Phase de nécrose ou de fibrine</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pansement ○ Effleurage ○ Décharge des points d'appui ○ Levée des points d'appui ○ Nettoyer la plaie au sérum physiologique ○ Nettoyer la plaie à l'eau et au savon
	<p>Phase de bourgeonnement</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pansement ○ Effleurage ○ Décharge des points d'appui ○ Levée des points d'appui ○ Nettoyer la plaie au sérum physiologique ○ Nettoyer la plaie à l'eau et au savon
	<p>Phase de réépidermisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pansement ○ Effleurage ○ Décharge des points d'appui ○ Levée des points d'appui ○ Nettoyer la plaie au sérum physiologique ○ Nettoyer la plaie à l'eau et au savon
	<p>Stade 3 et 4</p>

<p>11. Citez les différents pansements à mettre en place selon le stade de l'escarre</p>	<p>Stade 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hydrocolloïde ○ Hydrogel ○ Hydrocellulaire ○ Alginates ○ Hydrofibre ○ Pansement gras ○ Interfaces ○ Pansement au charbon ○ Film ○ Emulsion-Biafine ○ Pansement hémostatique ○ Hydrofibre d'argent
	<p>Stade 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hydrocolloïde ○ Hydrogel ○ Hydrocellulaire ○ Alginates ○ Hydrofibre ○ Pansement gras ○ Interfaces ○ Pansement au charbon ○ Film ○ Emulsion-Biafine ○ Pansement hémostatique ○ Hydrofibre d'argent
	<p>Stade 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hydrocolloïde ○ Hydrogel ○ Hydrocellulaire ○ Alginates ○ Hydrofibre ○ Pansement gras ○ Interfaces ○ Pansement au charbon ○ Film ○ Emulsion-Biafine ○ Pansement hémostatique ○ Hydrofibre d'argent
	<p>Stade 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hydrocolloïde ○ Hydrogel ○ Hydrocellulaire ○ Alginates ○ Hydrofibre ○ Pansement gras ○ Interfaces ○ Pansement au charbon ○ Film ○ Emulsion-Biafine ○ Pansement hémostatique ○ Hydrofibre d'argent

12. Assurez-vous l'information et l'éducation du patient et de son entourage ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
LES PLAIES	
Les différents types de plaies	
13. Pouvez-vous citer les caractéristiques d'une plaie chronique ?	
14. Pouvez-vous citer les caractéristiques d'une plaie aiguë ?	
15. Pouvez-vous citer les caractéristiques d'une plaie infectée ?	
16. Pouvez-vous expliquer la différence entre un ulcère artériel et un ulcère veineux ?	

LES PANSEMENTS

<p>17. Pouvez-vous associer le pansement recommandé en fonction de la phase de cicatrisation et du type de plaie ?</p>	<p>Toutes phases de cicatrisation</p>	<p>Chronique</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alginate ○ Fibres de carboxyméthylcellulose ○ Hydrocellulaires ○ Hydrocolloïdes ○ Hydrogels ○ Pansements vaselinés ○ Interfaces ○ Pansements au charbon actif ○ Pansements à l'argent ○ Pansements à base d'acide hyaluronique ○ Aucune recommandation particulière
		<p>Aiguë</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alginate ○ Fibres de carboxyméthylcellulose ○ Hydrocellulaires ○ Hydrocolloïdes ○ Hydrogels ○ Pansements vaselinés ○ Interfaces ○ Pansements au charbon actif ○ Pansements à l'argent ○ Pansements à base d'acide hyaluronique ○ Aucune recommandation particulière
	<p>Détersion</p>	<p>Chronique</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alginate ○ Fibres de carboxyméthylcellulose ○ Hydrocellulaires ○ Hydrocolloïdes ○ Hydrogels ○ Pansements vaselinés ○ Interfaces ○ Pansements au charbon actif ○ Pansements à l'argent ○ Pansements à base d'acide hyaluronique ○ Aucune recommandation particulière
		<p>Aiguë</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alginate ○ Fibres de carboxyméthylcellulose ○ Hydrocellulaires ○ Hydrocolloïdes ○ Hydrogels ○ Pansements vaselinés ○ Interfaces ○ Pansements au charbon actif ○ Pansements à l'argent ○ Pansements à base d'acide hyaluronique ○ Aucune recommandation particulière

	Bourgeonnement	Chronique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alginate ○ Fibres de carboxyméthylcellulose ○ Hydrocellulaires ○ Hydrocolloïdes ○ Hydrogels ○ Pansements vaselinés ○ Interfaces ○ Pansements au charbon actif ○ Pansements à l'argent ○ Pansements à base d'acide hyaluronique ○ Aucune recommandation particulière
		Aiguë	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alginate ○ Fibres de carboxyméthylcellulose ○ Hydrocellulaires ○ Hydrocolloïdes ○ Hydrogels ○ Pansements vaselinés ○ Interfaces ○ Pansements au charbon actif ○ Pansements à l'argent ○ Pansements à base d'acide hyaluronique ○ Aucune recommandation particulière
	Epidérmission	Chronique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alginate ○ Fibres de carboxyméthylcellulose ○ Hydrocellulaires ○ Hydrocolloïdes ○ Hydrogels ○ Pansements vaselinés ○ Interfaces ○ Pansements au charbon actif ○ Pansements à l'argent ○ Pansements à base d'acide hyaluronique ○ Aucune recommandation particulière
		Aiguë	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alginate ○ Fibres de carboxyméthylcellulose ○ Hydrocellulaires ○ Hydrocolloïdes ○ Hydrogels ○ Pansements vaselinés ○ Interfaces ○ Pansements au charbon actif ○ Pansements à l'argent ○ Pansements à base d'acide hyaluronique ○ Aucune recommandation particulière

Les pansements complexes (Applicable si HAD)	
18. Quelles sont les indications des pansements suivants :	<p>WOUNDEL ou électrostimulation des plaies</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Plaies chroniques et atones ○ Plaies du pied diabétique ○ Plaies chroniques profondes ○ Plaies aiguës ○ Plaies chroniques ○ Greffes et lambeaux ○ Sites d'incision ○ Brûlures du 2nd degré ○ Plaies subaiguës et déhiscence de plaies ○ Plaies traumatiques ○ Ulcères diabétiques ○ Escarres ○ Autre :
	<p>VAC thérapie ou traitement par pression négative</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Plaies chroniques et atones ○ Plaies du pied diabétique ○ Plaies chroniques profondes ○ Plaies aiguës ○ Plaies chroniques ○ Greffes et lambeaux ○ Sites d'incision ○ Brûlures du 2nd degré ○ Plaies subaiguës et déhiscence de plaies ○ Plaies traumatiques ○ Ulcères diabétiques ○ Escarres ○ Autre :
	<p>PICO ou traitement par pression négative (TPN) = relais du VAC</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Plaies chroniques et atones ○ Plaies du pied diabétique ○ Plaies chroniques profondes ○ Plaies aiguës ○ Plaies chroniques ○ Greffes et lambeaux ○ Sites d'incision ○ Brûlures du 2nd degré ○ Plaies subaiguës et déhiscence de plaies ○ Plaies traumatiques ○ Ulcères diabétiques ○ Escarres ○ Autre :

TRAÇABILITE, SORTIE ET CONTINUITE DES SOINS		
19. A quels documents vous référez-vous pour assurer la mise en œuvre des bonnes pratiques ?	<input type="checkbox"/> Protocoles <input type="checkbox"/> Affiches	<input type="checkbox"/> Fiche d'évaluation des plaies <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
20. Comment assurez-vous la traçabilité de votre traitement ?	<input type="checkbox"/> Transmissions ciblées <input type="checkbox"/> Grille de saisie	<input type="checkbox"/> Fiche suivi des plaies - DPI <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
21. Quelles mesures mettez-vous en place pour prévenir la douleur induite par les soins ?	<input type="checkbox"/> Evaluation de la douleur <input type="checkbox"/> Installation confortable <input type="checkbox"/> Transmissions écrites/orales	<input type="checkbox"/> Antalgiques sur prescription médicale <input type="checkbox"/> Choix de pansement permettant l'espacement des soins <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
22. Assurez-vous l'information et l'éducation des patients pour préparer son retour à domicile ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
23. Comment assurez la continuité des soins lors de la sortie ou du transfert du patient/résident ?	<input type="checkbox"/> Fiche de liaison <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Information patient/famille

Annexe 2 - Grille d'évaluation : audit de dossiers



Grille d'évaluation - Audit dossier patient

N° de dossier : _____ **Date :** _____ **Nom et fonction de l'auditeur :** _____

Unité : Médecine SSR HAD EHPAD

Age du patient : _____ **Sexe du patient :** F M

1. Combien de plaies présente le patient/résident ? 1 2 3 4

2.1 Le score de Norton est-il tracé dans le DPI ? Oui : __ Non

2.2 Le score IK est-il tracé dans le DPI ? (si HAD) Oui Non NA

3. Les facteurs de risques sont-ils évalués et tracés ? Oui Non

4. Dans le DPI, retrouve-t-on : Précisez le type de plaie	Plaie n°1	Plaie n°2	Plaie n°3	Plaie n°4
— La prescription médicale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
— L'évaluation initiale des plaies	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
— Le suivi des plaies aiguës et chroniques	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
5. Concernant l'évaluation initiale, on retrouve dans le DPI :	Plaie n°1	Plaie n°2	Plaie n°3	Plaie n°4
— La date d'acquisition	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
— Le type de plaie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
— La localisation de la plaie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
5. Concernant le suivi des plaies aiguës et chroniques, on retrouve dans le DPI :	Plaie n°1	Plaie n°2	Plaie n°3	Plaie n°4
— Le stade de la plaie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A
L'encart nutrition :				
— Date biologie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A
— Albuminémie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A
— CRP	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A
— Le suivi diététique	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A

— L'évaluation de la douleur	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A
— Des photos	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A
— Le lit de la plaie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A
— L'exsudat	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A
— Les berges	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A
— La peau péri lésionnelle	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A
— L'intervention réalisée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A
— Le type de pansement	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A
— La date et signature	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> N.A
6. A quelle fréquence sont renseignés ces items ?	<input type="radio"/> Plusieurs fois par jour <input type="radio"/> Une fois par jour <input type="radio"/> Plusieurs fois par semaine <input type="radio"/> Une fois par semaine <input type="radio"/> Un seul suivi est retrouvé	<input type="radio"/> Plusieurs fois par jour <input type="radio"/> Une fois par jour <input type="radio"/> Plusieurs fois par semaine <input type="radio"/> Une fois par semaine <input type="radio"/> Un seul suivi est retrouvé	<input type="radio"/> Plusieurs fois par jour <input type="radio"/> Une fois par jour <input type="radio"/> Plusieurs fois par semaine <input type="radio"/> Une fois par semaine <input type="radio"/> Un seul suivi est retrouvé	<input type="radio"/> Plusieurs fois par jour <input type="radio"/> Une fois par jour <input type="radio"/> Plusieurs fois par semaine <input type="radio"/> Une fois par semaine <input type="radio"/> Un seul suivi est retrouvé

8. L'information donnée au patient et à la famille est tracée Oui Non

10. Si le score de Norton est inférieur à 14, les moyens de prévention suivants sont tracés :

- L'effleurage Oui Non NA
- Le changement de position Oui Non NA
- La décharge des points d'appui Oui Non NA

11. Si des photos sont présentes dans le DPI, retrouve-t-on le consentement du patient et/ou du résident ? Oui Non NA



Annexe 3 - Guide évaluateur : enquête de pratiques



Guide évaluateur Audit de pratiques - Questionnaire IDE, AS

Toutes les questions sont applicables à la fonction IDE (questions grises + rouges)
Seules les questions sur fond gris sont applicables à la fonction AS
La question n°18 est uniquement applicable aux IDE de l'HAD

Type de questions	Commentaires	Éléments de réponses attendus
EVALUATION INITIALE		
1.1 Réalisez-vous une évaluation de l'état cutané chez vos patients ?	Question fermée	Oui
1.2 Si oui, à quel moment ?	L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Une seule réponse est attendue.	Le jour de l'entrée
2. Quelle méthode utilisez-vous ?	L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Une seule réponse est attendue.	Echelle validée type Norton
3. Sur quel support assurez-vous la traçabilité de votre évaluation du risque d'escarre ?	L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Une seule réponse est attendue.	DSI - Fiche de prévention (ADL/Dénutrition/Chute) + Score de Norton
LES ESCARRES		
Prévention du risque d'escarre		
4. Quels sont les facteurs de risque de l'escarre ?	Question ouverte Aucune proposition de réponse ne doit être formulée par l'évaluateur. L'évaluateur coche l'ensemble des propositions énoncées spontanément par l'audité.	Pression aux points d'appui, cisaillement, frottement, incontinence urinaire et fécale, résistance cutanée, âge, pathologie neurologique, déshydratation, dénutrition, troubles nutritionnels, position statique, immobilité et diminution de l'activité physique, humidité, diminution de la vascularisation, perte de sensibilité
5. Quels sont les différents moyens de prévention de l'escarre ?	Question ouverte Aucune proposition de réponse ne doit être formulée par l'évaluateur. L'évaluateur coche l'ensemble des propositions énoncées spontanément par l'audité.	La toilette, le changement de position, le suivi du traitement, l'effleurage, la décharge des points d'appui
6. A quel moment mettez-vous en place des moyens de prévention ?	Question à choix unique L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Une seule réponse est attendue.	Tout de suite selon le score obtenu sur l'échelle validée + Après concertation en équipe médicale et paramédicale

7. Comment assurez-vous la traçabilité des moyens de prévention mis en place ?	Question à choix unique	L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Une seule réponse est attendue.	Grille de saisie
8. Pouvez-vous associer les différentes escarres au stade auquel ils appartiennent ?	Question à choix unique	L'évaluateur montre les différentes images à l'audité et énonce les différentes propositions possibles. Une seule réponse par photo est attendue.	Photo 1 --> Stade 2 Photo 2 --> Stade 3 Photo 3 --> Stade 4 Photo 4 --> Stade 1 Photo 5 --> Stade 2
Traitements des escarres			
9. Pouvez-vous associer les différents stades de l'escarre à leur objectif ?	Question à choix unique	L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Une seule réponse est attendue.	<p>Stade 0 --> Prévention de l'escarre Stade 1 --> Prévention de l'escarre de décubitus et réépidémisation Stade 2 --> Continuer la prévention et la réépidémisation Stade 3 --> Continuer la prévention et permettre la cicatrisation Stade 4 --> Continuer la prévention et permettre la déterision avant la cicatrisation</p>
10. Pouvez-vous citer les différents traitements à mettre en place selon le stade de l'escarre ?	Question à choix multiples	L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Plusieurs réponses possibles.	<p>Stade 0 : Effleurage + décharge des points d'appui Stade 1 : Décharge des points d'appui + pansement Stade 2 : Levée des points d'appui + pansement Stade 3 et 4 : Phase de <u>nécrose ou fibrine</u> : nettoyer la plaie au serum physiologique/savon + pansement + déterision mécanique Phase de <u>bourgeonnement</u> : nettoyer la plaie au serum/savon + pansement + levée des points d'appui Phase de <u>réépidémisation</u> : nettoyer la plaie à l'eau et au savon + pansement + levée des points d'appui</p>
11. Citez les différents pansements à mettre en place selon le stade de l'escarre	Question à choix multiples	L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Les différentes boîtes de pansement correspondant à chacune des catégories sont à disposition de l'audité ainsi, ce dernier peut simplement désigner la boîte souhaitée. La verbalisation par l'audité de la catégorie du pansement n'est pas forcément attendue. Plusieurs réponses possibles.	<p>Stade 1 : Hydrocolloïde, Film, Emulsion-Biafine Stade 2 : Hydrocolloïde, Hydrocellulaire, Pansement gras, Film, Emulsion-Biafine Stade 3 : Alginates, Pansement hémostatique Stade 4 : Hydrocolloïde, Hydrogel, Alginates, Pansement gras, Emulsion-Biafine, Nitrate d'argent</p>

12. Assurez-vous l'information et l'éducation du patient et de son entourage ?	Question fermée		Oui
LES PLAIES Les différents types de plaies			
13. Pouvez-vous citer les caractéristiques d'une plaie chronique ?	Question ouverte	Aucune proposition de réponse ne doit être formulée par l'évaluateur. L'évaluateur coche l'ensemble des propositions énoncées spontanément par l'audité.	Une plaie dont le délai de cicatrisation est allongé. Une plaie est considérée comme chronique après 4 à 6 semaines d'évolution, selon son étiologie. Les causes de la plaie chronique incluent notamment les ulcères , les escarres , les plaies du diabétique et les moignons d'amputation .
14. Pouvez-vous citer les caractéristiques d'une plaie aiguë ?	Question ouverte	Aucune proposition de réponse ne doit être formulée par l'évaluateur. L'évaluateur coche l'ensemble des propositions énoncées spontanément par l'audité.	En l' absence de facteurs locaux ou généraux pouvant retarder la cicatrisation, on parle de plaie aiguë. Les causes de plaie aiguë incluent notamment les brûlures , les gelures , les morsures , les greffes et prises de greffes , les dérabrations profondes , etc.
15. Pouvez-vous citer les caractéristiques d'une plaie infectée ?	Question ouverte	Aucune proposition de réponse ne doit être formulée par l'évaluateur. L'évaluateur coche l'ensemble des propositions énoncées spontanément par l'audité.	L'infection correspond à l' invasion des tissus cutanés et sous-cutanés par des bactéries et à la réaction immunitaire qui en résulte, se traduisant par des signes cliniques d'inflammation locale et par une multiplication bactérienne avec recrutement de polynucléaires .
16. Pouvez-vous expliquer la différence entre un ulcère artériel et un ulcère veineux ?	Question ouverte	Aucune proposition de réponse ne doit être formulée par l'évaluateur. L'évaluateur coche l'ensemble des propositions énoncées spontanément par l'audité.	Ulcère veineux : localisation majoritairement péri-malléolaire, plaie délimitée et de grande taille, plaie peu douloureuse, traitement par compression veineuse, présence de varices Ulcère artériel : traitement par compression veineuse contre-indiqué, plaie très douloureuse, ulcère à l'emporte-pièce, plaie unique ou multiple, suspendue ou distable, poulx absents, peau fine, froide et dépilée

LES PANSEMENTS			
16. Pouvez-vous associer le pansement recommandé en fonction de la phase de cicatrisation et du type de plaie ?	Question à choix multiples	L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Les différentes boîtes de pansement correspondant à chacune des catégories sont à disposition de l'audité ainsi, ce dernier peut simplement désigner la boîte souhaitée. La verbalisation par l'audité de la catégorie du pansement n'est pas forcément attendue. Plusieurs réponses possibles.	<p>Toutes phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chronique : hydrocolloïdes - Aiguë : hydrocellulaire, hydrofibres <p>Détersion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chronique : alginates, hydrogels - Aiguë : aucune recommandation <p>Bourgeonnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chronique : Interfaces, hydrocellulaires, vaselinés - Aiguë : vaselinés <p>Épidermisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chronique : interfaces, hydrocolloïdes - Aiguë : interfaces
LES PANSEMENTS COMPLEXES (APPLICABLE SI I DE HAD)			
18. Quelles sont les indications des pansements suivants :	Question à choix multiples	L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Plusieurs réponses possibles.	<p>Woundel ou électrostimulation : plaies chroniques et atones, plaies du pied diabétique</p> <p>VAC thérapie ou traitement par pression négative : plaies chroniques profondes, plaies aiguës</p> <p>PICO ou traitement par pression négative (TPN) : plaies aiguës, plaies chroniques, greffes et lambeaux, sites d'incision, brûlures du 2nd degré, plaies subaiguës et déhiscence de plaies, plaies traumatiques, ulcères diabétiques, escarres</p>
PREVENTION, TRACABILITE, SORTIE			
19. A quels documents vous référez-vous pour assurer la mise en œuvre des bonnes pratiques ?	Question à choix multiples	L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Plusieurs réponses possibles.	Protocoles + Affiches
20. Comment assurez-vous la traçabilité de votre traitement ?	Question à choix multiples	L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Plusieurs réponses possibles.	Transmissions ciblées, grille de saisie, fiche suivi des plaies - DPI
21. Quelles mesures mettez-vous en place pour prévenir la douleur induite par les soins ?	Question à choix multiples	L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Plusieurs réponses possibles.	Évaluation de la douleur, installation confortable, transmissions écrites/orales, antalgiques sur prescription médicale, choix de pansement permettant l'espace des soins
22. Assurez-vous l'information et l'éducation des patients pour préparer son retour à domicile ?	Question fermée	Une seule réponse possible	Oui
23. Comment assurez-vous la continuité des soins lors de la sortie ou du transfert du patient/résident ?	Question à choix multiples	L'évaluateur énonce à l'audité les différentes propositions possibles. Plusieurs réponses possibles.	Fiche de liaison, information patient/famille

Annexe 4 - Synthèse du protocole d'évaluation

Protocole d'évaluation



Audit « Prévention, traitement et suivi des plaies et des escarres »

Porteurs du projet :	Prénom – Nom	Fonction	Unité
	M. SALADIN	IDE	
	Mme TIMMERMAN	Stagiaire Qualité	

GROUPE DE TRAVAIL		
Prénom - Nom	Fonction	Unité
M. MAES	Directeur des soins	
Mme LIAGRE	Médecin	
Mme PONCHAUX	Médecin	
Mme BEGON-LOURS	Pharmacien responsable	
Mme CARPENTIER	Ingénieur DIM	
Mme LEY	Responsable DPI	
Référents Services	IDE	
Mme ARNOUITS	Infirmière hygiéniste	

CONTEXTE	
<u>Dysfonctionnements constatés, Fréquence d'apparition et gravité</u>	<u>Marge d'amélioration possible</u>
Mauvais remplissage du fichier des plaies dans les services de Médecine/SSR/EHPAD/HAD.	Connaissances professionnelles et rappel sur le bon remplissage des champs sur le fichier « Plaies Pansements » sur le logiciel. <u>DIRM</u> Intérêt à la transcription des IDE des soins de pansements et de drains : natures des soins et descriptifs de l'état (hématome, inflammatoire, séreux...), stadification des escarres de décubitus, soins d'ulcères ... la fiche de soins n'est pas utilisée, dans le cas contraire cela améliorerait la lecture du DPI et éviterait l'omission de codage de complications ou de ne pas retrouver d'information nécessaire à ce codage.(Audit codage MCO 2018)

<u>Sources professionnelles / recommandations /référentiels (Faisabilité)</u>	<u>Lien avec la certification</u>
<p>Références HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les pansements : indications et utilisations recommandées – Fiche BUTS • Escarres – Recommandations (Version courte) <p>Références légales et réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arrêté du 16 juillet 2010 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des articles pour pansements inscrits à la section 1, chapitre 3, titre 1er, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale 	<p>Critère 1.1-17 « Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction »</p> <p>Critère 2.2-05 « Le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels impliqués »</p> <p>Critère 2.4-02 « Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience patient »</p>

OBJECTIFS	
Institutionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Traçabilité/s'assurer du bon suivi du traitement des plaies
Opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Actualisation des connaissances des professionnels et des outils à disposition (Différents pansements, différents traitements, Protocoles)

Méthode d'évaluation
<input type="checkbox"/> Enquête de satisfaction <input checked="" type="checkbox"/> Audit de dossiers <input type="checkbox"/> Revue de pertinence <input checked="" type="checkbox"/> Enquête de pratiques <input type="checkbox"/> Patient Traceur

SECTEURS ou SERVICES CONCERNES
<input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> SSR

POPULATION CIBLE	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON																				
<p>Audit de dossiers Patients présentant au moins 1 escarre et présents dans le service depuis au moins 8 jours</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dossiers patients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SSR</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Médecine</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>HAD</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table>	Dossiers patients		SSR	10	Médecine	10	HAD	10	Total	30										
Dossiers patients																					
SSR	10																				
Médecine	10																				
HAD	10																				
Total	30																				
<p>Enquête de pratiques (Questionnaire IDE, AS) SSR HAD Médecine</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>IDE</th> <th>AS</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SSR</td> <td>8</td> <td>11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Médecine</td> <td>22</td> <td>17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HAD</td> <td>24</td> <td>10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>54</td> <td>38</td> <td>92</td> </tr> </tbody> </table>		IDE	AS		SSR	8	11		Médecine	22	17		HAD	24	10		Total	54	38	92
	IDE	AS																			
SSR	8	11																			
Médecine	22	17																			
HAD	24	10																			
Total	54	38	92																		

METHODOLOGIE	
<u>PHASE 1</u> Préparation	1. Choix du thème de l'étude, définition des objectifs et du champ d'application de l'audit. 2. Choix des critères, constitution de la trame du guide d'entretien. 3. Choix de la méthode de mesure. 4. Formalisation du protocole d'évaluation. 5. Validation du protocole d'évaluation.
<u>PHASE 2</u> Mise en œuvre de l'EPP	6. Mise en place d'un plan de communication adapté aux objectifs de l'évaluation. 7. Recueil et traitement des données.
<u>PHASE 3</u> Synthèse et plan d'amélioration	8. Synthèse de l'évaluation : constats, écarts, non-conformité 9. Analyse des résultats, élaboration des préconisations et définition d'un programme d'amélioration 10. Elaboration d'un plan de communication
<u>PHASE 4</u> Suivi	11. Suivi du plan d'amélioration avec évaluation continue ou succession d'évaluation ponctuelle

CRITERES D'EVALUATION	SEUILS D'INACCEPTABILITE	
<i>Elément auquel on se réfère pour porter un jugement, une appréciation sur la conformité des pratiques. Les pourcentages sont donnés à titre d'exemple et peuvent varier en fonction du type d'enquête</i>	☹ ≤ 50%	▪ Non acceptable
	☺ ≥ 51% à 79%	▪ Améliorable
	☺ ≥ 80%	▪ Satisfaisant

ECHEANCIER DES ACTIONS		
Date	Qui	Action
Novembre 2020	IDE* Cellule Qualité	Élaboration du protocole d'évaluation et des grilles d'audit
Janvier 2021	Directeur Des Soins Ingénieur DIM* Cellule Qualité	Validation du protocole d'évaluation et des grilles d'audit
Février 2021	Directeur Des Soins Cellule Qualité Référénts Pharmacie Médecins	Communication sur l'évaluation
	Référénts Médecine, SSR, HAD	Recueil des données – Enquête de pratiques (questionnaire IDE, AS) Selon grille d'évaluation – Enquête de pratiques (questionnaire IDE, AS)
	IDE* Mme TIMMERMAN	Recueil des données – Audit Dossier Patient Selon grille d'évaluation – Audit Dossier Patient
Mars 2021	Cellule Qualité	Traitement des données
		Rédaction de la synthèse des résultats
		Élaboration d'un plan d'actions d'amélioration
Avril 2021	Directeur Des Soins Cellule Qualité Référénts Pharmacie Médecins	Validation du plan d'actions
	Cellule Qualité	Élaboration d'un plan de communication
Mai – Juin 2021	Cellule Qualité Référénts Pharmacie Médecins	Préparation et déploiement des actions d'amélioration
Juillet 2021	Référénts Médecine, SSR, HAD	Réalisation du second tour
	Cellule Qualité	Traitement des données Rédaction de la synthèse des résultats

Annexe 5 - Extrait grille de saisie : enquête de pratiques

QUESTIONNAIRE IDE, AS																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																
Unité : Fonction :	SSR BE AS	SSR BE AS	SSR BE AS	SSR BE AS	SSR BE AS	HAD AS	HAD AS	HAD BE AS	HAD BE																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Unités</th> <th colspan="2">Effectifs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecine</td> <td></td> <td>11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HAD</td> <td></td> <td>11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SSR</td> <td></td> <td>10</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Unités		Effectifs		Médecine		11		HAD		11		SSR		10	
Unités		Effectifs																							
Médecine		11																							
HAD		11																							
SSR		10																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Unité</th> <th>Effectifs</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecine</td> <td>11</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>HAD</td> <td>11</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>SSR</td> <td>10</td> <td>34%</td> </tr> </tbody> </table>										Unité	Effectifs	Pourcentage	Médecine	11	31%	HAD	11	35%	SSR	10	34%				
Unité	Effectifs	Pourcentage																							
Médecine	11	31%																							
HAD	11	35%																							
SSR	10	34%																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Fonction</th> <th colspan="2">Effectifs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IDE</td> <td></td> <td>16</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AS</td> <td></td> <td>16</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Fonction		Effectifs		IDE		16		AS		16					
Fonction		Effectifs																							
IDE		16																							
AS		16																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fonction</th> <th>Effectifs</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IDE</td> <td>16</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>AS</td> <td>16</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>										Fonction	Effectifs	Pourcentage	IDE	16	50%	AS	16	50%							
Fonction	Effectifs	Pourcentage																							
IDE	16	50%																							
AS	16	50%																							
L'ÉVALUATION INITIALE																									
1.1 Réalisez-vous une évaluation de l'état cardiaque chez vos patients ?																									
1.2 Si oui, à quel moment ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui																
2. Quelle méthode utilisez-vous ?	Le jour de l'emblé	Dans les 2 jours	Le jour de l'emblé	Le jour de l'emblé	Le jour de l'emblé	Le jour de l'emblé	Le jour de l'emblé	Le jour de l'emblé	Le jour de l'emblé																
3. Sur quel support assurez-vous la traçabilité de votre évaluation de risque d'escarre ?	Echelle et jugement clinique	Echelle et jugement clinique	Echelle et jugement clinique	Echelle et jugement clinique	Echelle et jugement clinique	Echelle et jugement clinique	Echelle et jugement clinique	Echelle et jugement clinique	Echelle et jugement clinique																
	DPI - Fiche de prévention	DPI - Fiche de prévention	DPI - Fiche de prévention	DPI - Fiche de prévention	DPI - Fiche de prévention	DPI - Fiche de prévention	DPI - Fiche de prévention	DPI - Fiche de prévention	DPI - Fiche de prévention																
	DPI - Transmissions	DPI - Transmissions	DPI - Transmissions	DPI - Transmissions	DPI - Transmissions	DPI - Transmissions	DPI - Transmissions	DPI - Transmissions	DPI - Transmissions																

Annexe 6 - Extrait grille de saisie : audit de dossiers

CENTRE HOSPITALIER FACILITATION																																																																																										
DOSSIER PATIENT																																																																																										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19																																																																								
SSR	SSR	SSR	SSR	SSR	SSR	SSR	SSR	SSR	Médecine	Médecine	Médecine	Médecine	Médecine	Médecine	Médecine	Médecine	HAD	HAD																																																																								
Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Masculin	Féminin	Féminin	Féminin	Masculin	Masculin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin																																																																								
66-75 ans	86-95 ans	86-95 ans	86-95 ans	86-95 ans	66-75 ans	56-65 ans	86-95 ans	66-75 ans	56-65 ans	56-65 ans	56-65 ans	86-95 ans	76-85 ans	46-55 ans	46-55 ans	46-55 ans	18-25 ans	86-95 ans																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Unités</th> <th colspan="2">Sexe des patients</th> <th colspan="2">Age des patients</th> </tr> <tr> <th>Effectifs</th> <th></th> <th>Masculin</th> <th>Féminin</th> <th>Effectifs</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecine</td> <td>8</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>18-25 ans</td> <td>3,2%</td> </tr> <tr> <td>HAD</td> <td>14</td> <td></td> <td></td> <td>26-35 ans</td> <td>3,2%</td> </tr> <tr> <td>SSR</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td>36-45 ans</td> <td>6,5%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>46-55 ans</td> <td>12,9%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>56-65 ans</td> <td>19,4%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>66-75 ans</td> <td>16,1%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>76-85 ans</td> <td>6,5%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>86-95 ans</td> <td>29,0%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>96 ans et plus</td> <td>3,2%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Total</td> <td>31</td> </tr> </tbody> </table>																			Unités		Sexe des patients		Age des patients		Effectifs		Masculin	Féminin	Effectifs		Médecine	8	16	15	18-25 ans	3,2%	HAD	14			26-35 ans	3,2%	SSR	9			36-45 ans	6,5%					46-55 ans	12,9%					56-65 ans	19,4%					66-75 ans	16,1%					76-85 ans	6,5%					86-95 ans	29,0%					96 ans et plus	3,2%					Total	31
Unités		Sexe des patients		Age des patients																																																																																						
Effectifs		Masculin	Féminin	Effectifs																																																																																						
Médecine	8	16	15	18-25 ans	3,2%																																																																																					
HAD	14			26-35 ans	3,2%																																																																																					
SSR	9			36-45 ans	6,5%																																																																																					
				46-55 ans	12,9%																																																																																					
				56-65 ans	19,4%																																																																																					
				66-75 ans	16,1%																																																																																					
				76-85 ans	6,5%																																																																																					
				86-95 ans	29,0%																																																																																					
				96 ans et plus	3,2%																																																																																					
				Total	31																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Unités</th> <th colspan="2">Sexe des patients</th> <th colspan="2">Age des patients</th> </tr> <tr> <th>Effectifs</th> <th></th> <th>Masculin</th> <th>Féminin</th> <th>Effectifs</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecine</td> <td>25%</td> <td>48%</td> <td>52%</td> <td>18-25 ans</td> <td>3,2%</td> </tr> <tr> <td>HAD</td> <td>26%</td> <td></td> <td></td> <td>26-35 ans</td> <td>3,2%</td> </tr> <tr> <td>SSR</td> <td>45%</td> <td></td> <td></td> <td>36-45 ans</td> <td>6,5%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>46-55 ans</td> <td>12,9%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>56-65 ans</td> <td>19,4%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>66-75 ans</td> <td>16,1%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>76-85 ans</td> <td>6,5%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>86-95 ans</td> <td>29,0%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>96 ans et plus</td> <td>3,2%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Total</td> <td>31</td> </tr> </tbody> </table>																			Unités		Sexe des patients		Age des patients		Effectifs		Masculin	Féminin	Effectifs		Médecine	25%	48%	52%	18-25 ans	3,2%	HAD	26%			26-35 ans	3,2%	SSR	45%			36-45 ans	6,5%					46-55 ans	12,9%					56-65 ans	19,4%					66-75 ans	16,1%					76-85 ans	6,5%					86-95 ans	29,0%					96 ans et plus	3,2%					Total	31
Unités		Sexe des patients		Age des patients																																																																																						
Effectifs		Masculin	Féminin	Effectifs																																																																																						
Médecine	25%	48%	52%	18-25 ans	3,2%																																																																																					
HAD	26%			26-35 ans	3,2%																																																																																					
SSR	45%			36-45 ans	6,5%																																																																																					
				46-55 ans	12,9%																																																																																					
				56-65 ans	19,4%																																																																																					
				66-75 ans	16,1%																																																																																					
				76-85 ans	6,5%																																																																																					
				86-95 ans	29,0%																																																																																					
				96 ans et plus	3,2%																																																																																					
				Total	31																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Unités</th> <th colspan="2">Sexe des patients</th> <th colspan="2">Age des patients</th> </tr> <tr> <th>Effectifs</th> <th></th> <th>Masculin</th> <th>Féminin</th> <th>Effectifs</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecine</td> <td>25%</td> <td>48%</td> <td>52%</td> <td>18-25 ans</td> <td>3,2%</td> </tr> <tr> <td>HAD</td> <td>26%</td> <td></td> <td></td> <td>26-35 ans</td> <td>3,2%</td> </tr> <tr> <td>SSR</td> <td>45%</td> <td></td> <td></td> <td>36-45 ans</td> <td>6,5%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>46-55 ans</td> <td>12,9%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>56-65 ans</td> <td>19,4%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>66-75 ans</td> <td>16,1%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>76-85 ans</td> <td>6,5%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>86-95 ans</td> <td>29,0%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>96 ans et plus</td> <td>3,2%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Total</td> <td>31</td> </tr> </tbody> </table>																			Unités		Sexe des patients		Age des patients		Effectifs		Masculin	Féminin	Effectifs		Médecine	25%	48%	52%	18-25 ans	3,2%	HAD	26%			26-35 ans	3,2%	SSR	45%			36-45 ans	6,5%					46-55 ans	12,9%					56-65 ans	19,4%					66-75 ans	16,1%					76-85 ans	6,5%					86-95 ans	29,0%					96 ans et plus	3,2%					Total	31
Unités		Sexe des patients		Age des patients																																																																																						
Effectifs		Masculin	Féminin	Effectifs																																																																																						
Médecine	25%	48%	52%	18-25 ans	3,2%																																																																																					
HAD	26%			26-35 ans	3,2%																																																																																					
SSR	45%			36-45 ans	6,5%																																																																																					
				46-55 ans	12,9%																																																																																					
				56-65 ans	19,4%																																																																																					
				66-75 ans	16,1%																																																																																					
				76-85 ans	6,5%																																																																																					
				86-95 ans	29,0%																																																																																					
				96 ans et plus	3,2%																																																																																					
				Total	31																																																																																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19																																																																								
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui																																																																								
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																																								
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui																																																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19																																																																								
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui																																																																								
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																																								
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui																																																																								

Annexe 7 - Synthèse des résultats : évaluation initiale

Synthèse Évaluation initiale– Audit « Prévention, traitement et suivi des plaies et des escarres »

Points forts > 80%	Points sensibles 51 ≥ X < 80%	Points à améliorer ≥ 50%
Audit de dossiers (26 dossiers audités)		
<p>Traçabilité du score IK dans le DPI – HAD (100%)</p> <p>Réalisation de l'évaluation initiale (83%)</p> <p>Réalisation du suivi des plaies (92%)</p> <p>Conformité du suivi des plaies : les photos (95%), l'intervention réalisée (83%), le type de pansement (94%)</p> <p>Fréquence de remplissage des fiches de suivi des plaies (80%)</p>	<p>Traçabilité du score de Norton dans le DPI (61%)</p> <p>Traçabilité des facteurs de risque (58%)</p> <p>Conformité de l'évaluation initiale : localisation de la plaie (77%), date d'acquisition (52%), type de plaie (67%)</p> <p>Conformité du suivi des plaies : le stade de la plaie (60%), le lit de la plaie (68%), la peau péri-lésionnelle (65%), la date et signature (62%)</p>	<p>Traçabilité de la prescription médicale (29%)</p> <p>Conformité du suivi des plaies : la date de biologie (0%), l'albuminémie (0%), la CRP (0%), le suivi diététique (0%), l'évaluation de la douleur (40%), l'exsudat (41%), les berges (47%)</p> <p>Traçabilité de l'information délivrée au patient et à la famille (7%)</p> <p>Traçabilité des moyens de prévention mis en place (33%)</p> <p>Si photo, le consentement du patient est retrouvé (46%)</p>
Enquête de pratiques – Questionnaire IDE, AS (25 questionnaires retournés)		
<p>Réalisation systématique de l'évaluation du risque de l'état cutané du patient (100%)</p> <p>Moment de la réalisation de l'évaluation de l'état cutané du patient (81%)</p> <p>Méthode utilisée pour la réalisation de l'évaluation de l'état cutané du patient (81%)</p> <p>Connaissance des différents moyens de prévention de l'escarre (80%)</p> <p>Connaissance des caractéristiques d'une plaie infectée (84,4%)</p> <p>Information et éducation du patient et/ou de son entourage (100%)</p> <p>Information et éducation du patient pour le retour à domicile (100%)</p>	<p>Support de traçabilité de l'évaluation de l'état cutané du patient (62,5%)</p> <p>Connaissance des différents facteurs de risques de l'escarre (78,6%)</p> <p>Connaissance du moment où doivent être mis en place les moyens de prévention de l'escarre (53,1%)</p> <p>Support de traçabilité des moyens de prévention mis en place (56,3%)</p> <p>Connaissance des différents stades de l'escarre (56,3%)</p> <p>Traitement à mettre en place selon le stade de l'escarre (62,2%)</p> <p>Connaissance des pansements à mettre en place selon le stade de l'escarre (53,1%)</p> <p>Connaissances des caractéristiques d'une plaie chronique (62,5%)</p> <p>Connaissance des documents de référence à la mise en œuvre des bonnes pratiques (64,8%)</p> <p>Prévention de la douleur induite par les soins (78,6%)</p> <p>Assurabilité de la continuité des soins lors de la sortie ou du transfert (71,8%)</p>	<p>Connaissance des objectifs par stade de l'escarre (38,8%)</p> <p>Connaissance des caractéristiques d'une plaie aigue (40,6%)</p> <p>Distinction ulcère veineux/artériel (40,6%)</p> <p>Connaissance des pansements à mettre en place en fonction du type de plaie et de la phase de cicatrisation (25,8%)</p> <p>Connaissance des indications WOUNDEL, VAC et PICO (HAD – 43,6%)</p> <p>Support de traçabilité du traitement mis en place (41,2%)</p>

Annexe 8 - Plans d'actions d'amélioration

Plan d'action – Audit « Prévention, traitement et suivi des plaies et des escarres »

Priorité	Action	Outils	Responsables de l'action	Échéance
1	<p>Révision de la « Fiche pansement » du DPI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans l'encart « évaluation initiale » : Modification des propositions du menu déroulant de l'item « Type de plaie », ajout de l'item « dimensions » et « date d'acquisition », ces critères seront rendus bloquants. - Dans l'encart « évaluation intermédiaire » : Ajout d'un item « évolution de la plaie » bloquant, les critères « EVS », « intervention réalisée » et « type de pansement » seront déjà existants rendus bloquants. <p>Afin de faciliter le remplissage du formulaire, pour chaque item de cette encart, apparaîtront en surbrillance uniquement les mesures relatives au type de plaie/escarre qui aura été choisi sélectionné pour l'item « évolution ».</p> <p>Ajout d'un sous-encart « moyens de prévention en place »</p> <p>Ajout d'un item à cocher « information patient/famille »</p> <p>Mettre à disposition des services un moyen de prendre des photos et de les transférer sur le DPI</p> <p>Réalisation de supports de formation afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informer sur les différents facteurs de risque de l'escarre, stades de l'escarre, les objectifs en fonction du stade, des différents traitements et pansement selon le stade - Former à la reconnaissance des ulcères veineux/artériels - Former sur les différents pansements à mettre en place en fonction du type de plaie et de la phase de cicatrisation - Sensibiliser le personnel à l'importance de ne pas valider la fiche pansement avant guérison complète de la plaie afin d'éviter les doublons - Sensibiliser le personnel à l'importance de faire une fiche par plaie et de nommer la fiche de manière précise afin d'éviter les collisions - Sensibiliser le personnel à la distinction des ulcères veineux/artériels - Sensibiliser les soignants à la traçabilité des moyens de prévention - Sensibiliser les soignants à la traçabilité de l'information patient/entourage 	<p>« Fiche pansement » - DPI</p> <p>Élaboration de la procédure « Transfert de photos dans le DPI »</p> <p>Support de formation « PwP » Serious Game « Sauve ma peau 2.0 » Module de e-learning « Prévention et dépistage des escarres »</p>	<p>Cellule Qualité Cadre + Référent Médecine</p> <p>Médecin Gériatre Référent HAD Cellule Qualité</p>	<p>31 mai</p> <p>31 mai</p>

3	Réalisation des formations auprès du personnel	Support de formation « PwP » Serious Game « Sauve ma peau 2.0 » Module de e-learning « Prévention et dépistage des escarres »	Réfèrent Pharmacie Cellule Qualité	15 juin
		Plaquette « Prévention des escarres »		31 mai
		Guide de poche		31 mai
		Check-list		31 mai
2	Mise à jour des documents de la GED	Support d'information – Protocoles – Procédures	Cellule Qualité	31 mai
		INFO-PCP 01-DS Le traitement de l'escarre		
		INFO-REA-TTT-ESC-002 Le dictionnaire des pansements		
		PTC-REA-TTT-ESC-001 CAT pour la prévention et le traitement des escarres		
		PTC-HYG-02-HAD Indications : les pansements complexes		
		PTC-HYG-41-CHH Réfection de pansements : plaies aiguës et chroniques		
		PTC-HYG-43-CHH Réfection de pansements : plaies chroniques		
PTC-HYG-42-CHH Réfection de pansements : plaies aiguës				

Annexe 9 - Synthèse des résultats : réévaluation

Synthèse Réévaluation – Audit « Prévention, traitement et suivi des plaies et des escarres »

Points forts >80%	Points sensibles 51 ≥ X < 80%	Points à améliorer ≥50%
Audit de dossiers (26 dossiers audités)		
<p>Traçabilité du score IK dans le DPI – HAD (100%)</p> <p>Réalisation de l'évaluation initiale (100%)</p> <p>Réalisation du suivi des plaies (97%)</p> <p>Conformité de l'évaluation initiale : localisation de la plaie (100%), date d'acquisition (100%), type de plaie (100%)</p> <p>Conformité du suivi des plaies : le stade de la plaie (100%), l'évaluation de la douleur (100%), les photos (100%), l'intervention réalisée (100%), le type de pansement (100%), la date et signature (100%)</p> <p>Fréquence de remplissage des fiches de suivi des plaies (93%)</p> <p>Si photo, le consentement du patient est retrouvé (100%)</p>	<p>Traçabilité du score de Norton dans le DPI (68%)</p> <p>Traçabilité des facteurs de risque (69%)</p> <p>Conformité du suivi des plaies : le lit de la plaie (57%)</p> <p>Traçabilité de l'information délivrée au patient et à la famille (73%)</p> <p>Traçabilité des moyens de prévention mis en place (67%)</p>	<p>Traçabilité de la prescription médicale (47%)</p> <p>Conformité du suivi des plaies : la date de biologie (0%), l'albuminémie (0%), la CRP (0%), le suivi diététique (0%), l'exsudat (38%), les berges (36%), la peau péri-lésionnelle (41%)</p>
Enquête de pratiques – Questionnaire IDE, AS (25 questionnaires retournés)		
<p>Réalisation systématique de l'évaluation du risque de l'état cutané du patient (100%)</p> <p>Moment de la réalisation de l'évaluation de l'état cutané du patient (88%)</p> <p>Méthode utilisée pour la réalisation de l'évaluation de l'état cutané du patient (92%)</p> <p>Connaissance des différents facteurs de risques de l'escarre (85,4%)</p> <p>Connaissance des différents moyens de prévention de l'escarre (80,8%)</p> <p>Connaissance des différents stades de l'escarre (80%)</p> <p>Connaissance des objectifs par stade de l'escarre (84,8%)</p> <p>Traitement à mettre en place selon le stade de l'escarre (97%)</p> <p>Information et éducation du patient et/ou de son entourage (100%)</p> <p>Connaissance des indications WOUNDEL, VAC et PICO (HAD – 81,1%)</p> <p>Prévention de la douleur induite par les soins (85%)</p> <p>Information et éducation du patient pour le retour à domicile (100%)</p> <p>Assurabilité de la continuité des soins lors de la sortie ou du transfert (83,3%)</p>	<p>Support de traçabilité de l'évaluation de l'état cutané du patient (68%)</p> <p>Connaissance du moment où doivent être mis en place les moyens de prévention de l'escarre (54%)</p> <p>Support de traçabilité des moyens de prévention mis en place (72%)</p> <p>Connaissance des pansements à mettre en place selon le stade de l'escarre (79,6%)</p> <p>Connaissances des caractéristiques d'une plaie chronique (76%)</p> <p>Connaissance des caractéristiques d'une plaie infectée (72%)</p> <p>Distinction ulcère veineux/artériel (72%)</p> <p>Connaissance des documents de référence à la mise en œuvre des bonnes pratiques (72,4%)</p>	<p>Connaissance des caractéristiques d'une plaie aigue (40%)</p> <p>Connaissance des pansements à mettre en place en fonction du type de plaie et de la phase de cicatrisation (46,2%)</p> <p>Support de traçabilité du traitement mis en place (42,9%)</p>

Clara TIMMERMAN

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master Management Sectoriel Parcours MES Option Renforcé Recherche

Les évaluations des pratiques professionnelles, un outil indispensable à la performance des établissements sanitaires : construction, réalisation et impact des évaluations des pratiques professionnelles

Introduction : La notion d'**évaluation des pratiques professionnelles (EPP)** est, de nos jours, très largement ancrée dans le quotidien des établissements sanitaires. En effet, ces évaluations sont obligatoires depuis le 1^{er} juillet 2005. L'enjeu de celles-ci est de garantir une amélioration continue de la **qualité et de la sécurité des soins**. Mais malgré cet usage très répandu au sein des établissements, les **EPP** garantissent-elles ou améliorent-elles réellement la **qualité et la sécurité des soins** ? L'objectif de cette étude est donc de mesurer l'impact des **EPP** sur l'amélioration de la **qualité et de la sécurité des soins**.

Matériel et Méthode : Pour répondre à cet objectif nous avons mené une étude comparative basée sur les données recueillies au sein des services de Médecine, de HAD et de SSR du Centre Hospitalier d'Hazebrouck. Nous avons comparé les taux de conformité aux critères d'évaluation avant et après réalisation de différentes **EPP**, à savoir une enquête de pratiques et un audit de dossiers. Pour réaliser cette comparaison, nous utilisons les statistiques inférentielles et, notamment, la **différence de proportion et intervalle de confiance**.

Résultats : Au total, via ces **EPP**, ce sont 51 critères qui ont fait l'objet d'une évaluation initiale, puis d'une réévaluation. Les évolutions obtenues à ces 51 critères peuvent être classées en 2 catégories : les critères s'étant améliorés significativement, soit 58,8% des critères et ceux n'ayant montré aucune évolution significative, soit 41,2% des critères.

Discussion : Ces résultats nous laissent penser qu'il existe un réel impact positif des **EPP** sur la **qualité et la sécurité des soins**, à la stricte condition que ces dernières soient implémentées via une méthodologie sans faille, irréprochable.

Conclusion : Si les résultats de notre étude montrent qu'il existe un réel impact positif des **EPP** sur la **qualité et la sécurité des soins**, ils montrent également la réelle nécessité de réaliser des études similaires supplémentaires afin de pouvoir confronter les différents résultats et ainsi venir confirmer ou infirmer les nôtres.

Mots clefs : évaluation des pratiques professionnelles – qualité et sécurité des soins – différence de proportion – intervalle de confiance

Evaluations of professional practices, an essential tool for the performance of health care institutions: construction, implementation and impact of evaluations of professional practices

Introduction: The notion of **professional practice evaluation (PPE)** is nowadays very widely anchored in the daily life of health establishments. Indeed, these evaluations have been mandatory since July 1, 2005. The aim of these evaluations is to guarantee continuous improvement in the **quality and safety of care**. However, despite this widespread use within institutions, do **PPEs** really guarantee or improve the **quality and safety of care**? The objective of this study is therefore to measure the impact of **PPE** on the improvement of **quality and safety of care**.

Material and methods: To meet this objective, we conducted a comparative study based on data collected in the medicine, care at home and follow-up care and rehabilitation departments of the Hazebrouck Hospital Center. We compared the rates of compliance with the evaluation criteria before and after carrying out different **EPPs**, namely a survey of practices and a file audit. To carry out this comparison, we used inferential statistics and, in particular, the **difference in proportion and confidence interval**.

Results: In total, 51 criteria were initially evaluated and then re-evaluated through these **PPEs**. The changes obtained in these 51 criteria can be classified into two categories: criteria that improved significantly, i.e. 58.8% of the criteria, and those that showed no significant change, i.e. 41.2% of the criteria.

Discussion: These results lead us to believe that there is a real positive impact of **PPE** on the **quality and safety of care**, on the strict condition that they are implemented using a flawless methodology, irreproachable.

Conclusion: If the results of our study show that there is a real positive impact of **PPE** on the **quality and safety of care**, they also show the real need to carry out additional similar studies in order to be able to compare the different results and thus confirm or refute our own.

Key words: evaluation of professional practices – quality and safety in care – difference in proportion – confidence interval