

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :

DÉPISTAGE DU PATIENT A RISQUE DE DÉNUTRITION

ASUNCION BALLARIN
Infirmière stomathérapeute
clinique nutrition médicale



Dénutrition à l'hôpital

Prévalence

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

McWhirter, BMJ, 1994.

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

Winther, J Med, 1994.

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

Weinsier Am J, Clinical Nutrition, 1979

Dénutrition

Définition :

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

Recommendations HAS, September 2003

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

- Déficit musculaire
- Déficit immunitaire
- Défaut de cicatrisation

- Hospitalisation
- Coût
- Morbidité, mortalité



Cynober L, Crenn P, Messing B, 2000

La détection de la dénutrition

- *Priorités des autorités en matière de santé publique*
- Le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI)
 - Répondre aux exigences des recommandations issues des pratiques Evidence Based
 - Les institutions doivent pouvoir mettre en place des structures permettant une amélioration de la situation
 - Diminution de la prévalence de la dénutrition
 - Amélioration de la qualité du travail infirmier



Comment fait-on?

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

Il comprend 2 étapes:

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

Outil de dépistage reprenant 4 questions :

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

Comment fait-on?

Qui :

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

Quoi :

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

Comment/ pourquoi :

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

Évaluation :

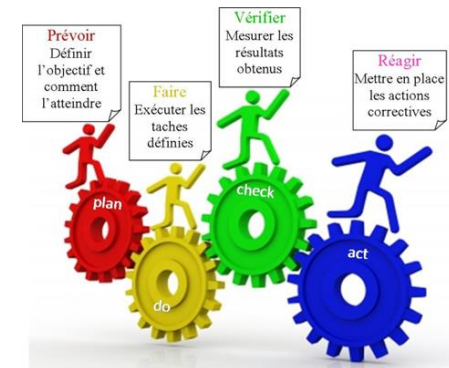
- Feed back personnalisé dans chaque équipe

Méthodologie de l'audit interne

Analyse de type « point-prévalence »

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

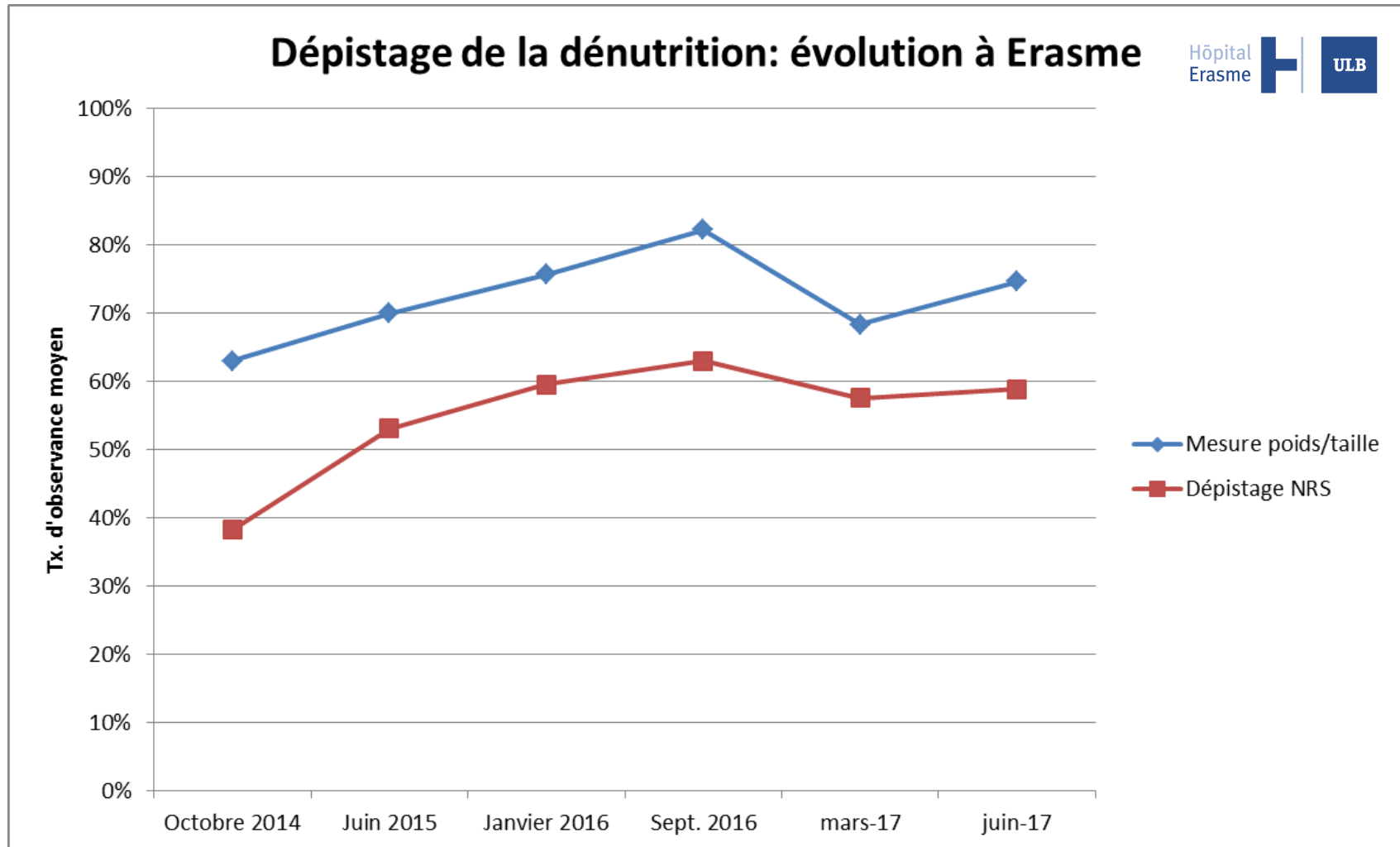
Tous les patients présents lors du passage dans l'unité ont été audités



Nos Critères de Qualité :

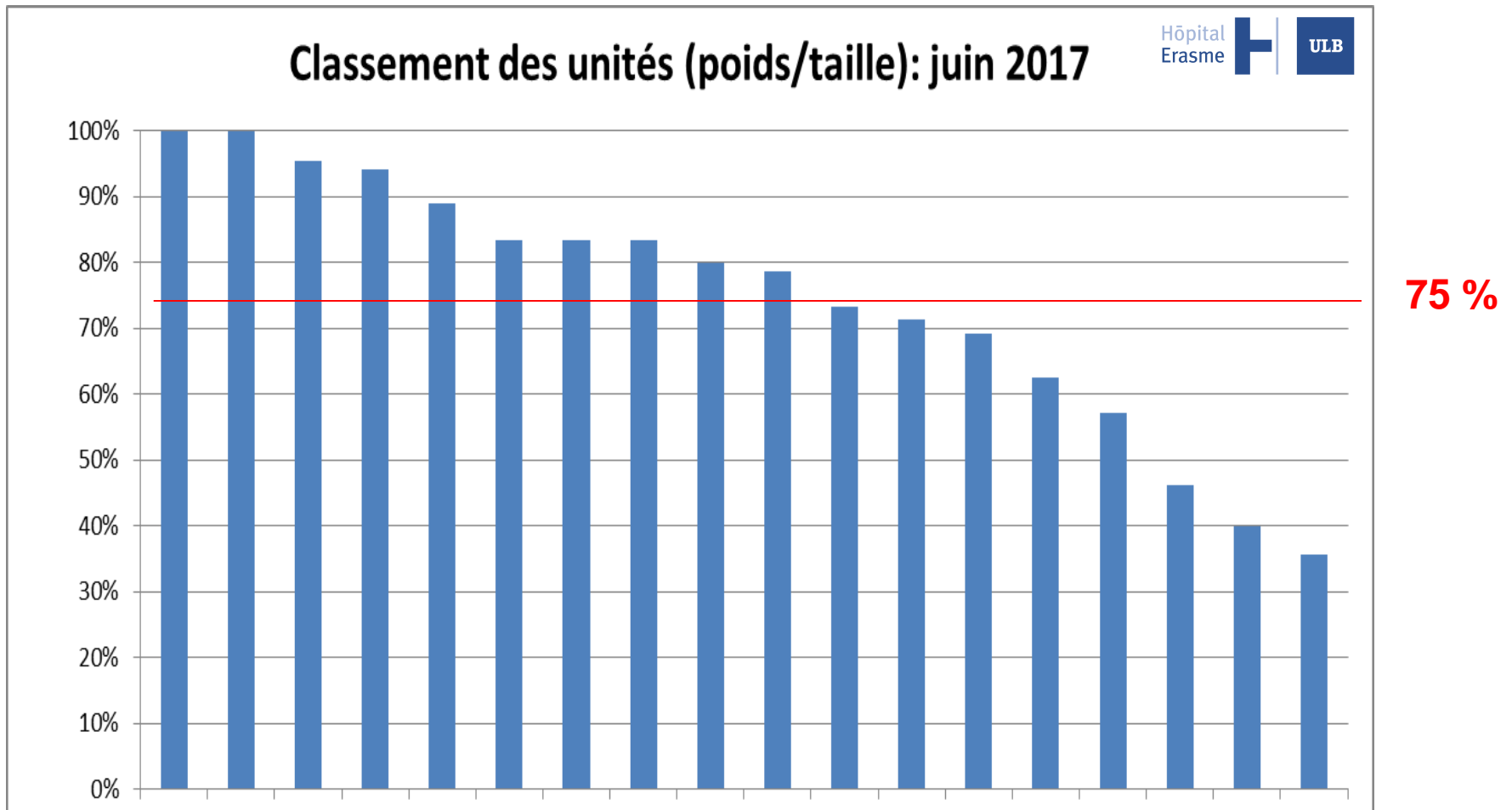
1. Indication du poids et de la taille sur la feuille de paramètres
2. Echelle NRS 2002 complétée dans le DSI
3. NRS 2002 est positive

Résultats : Evolution de l'observance

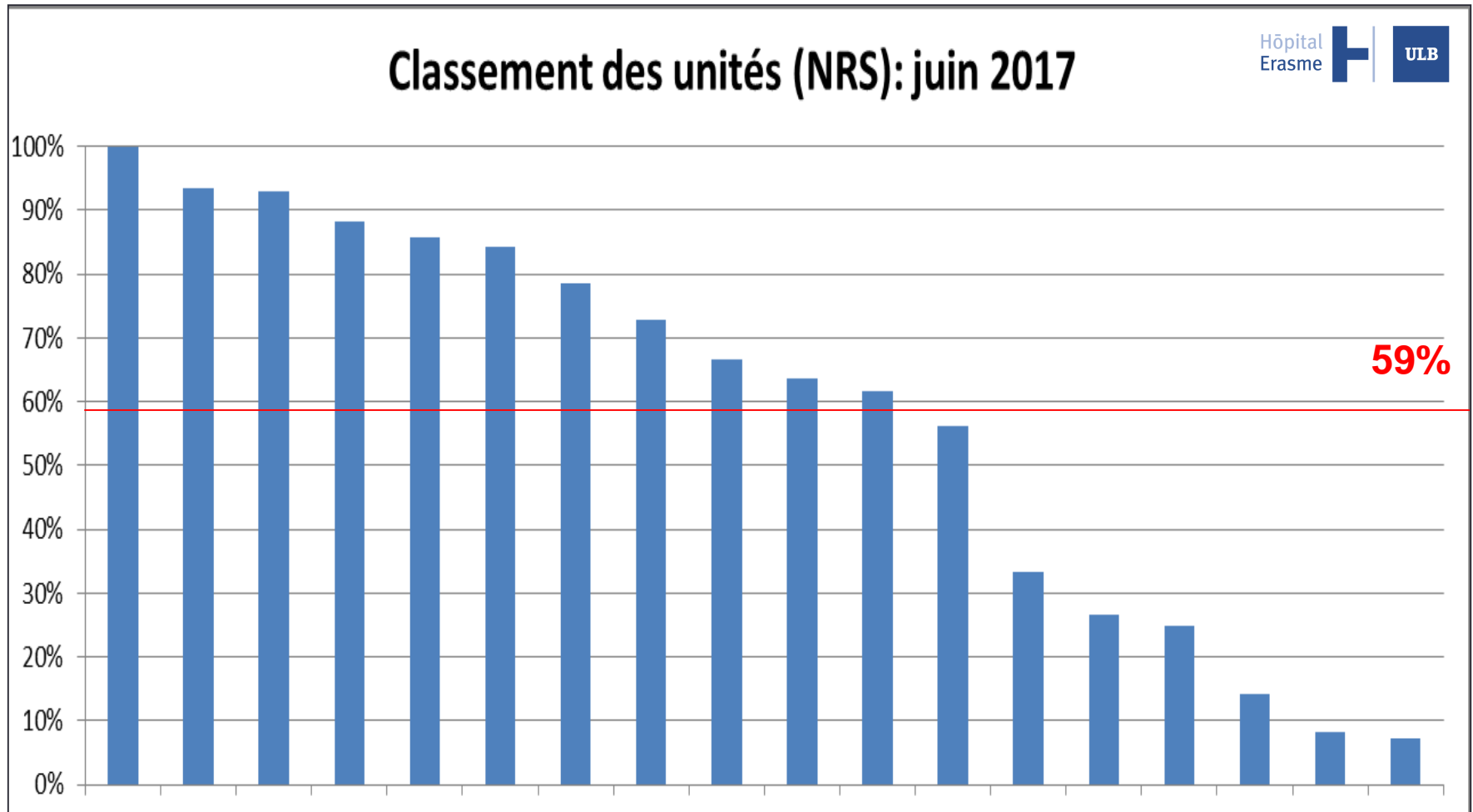


Résultats

Mesure du poids et de la taille



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



Résultats

Moyenne **75%** (poids/taille)

Moyenne **59%** (l'échelle NRS-2002)

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

6/18 services ➤ **80%** pour le NRS

Prévalence des patients à risque de dénutrition = **13%**

Grande variabilité entre les services

Résultats

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

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

McWhirter, BMJ, 1994.

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

Sommes nous tellement bon ?

Avons-nous un recrutement de patients sensibilisés à l'importance de la nutrition ?

Notre outil d'évaluation est-il adéquat, bien utilisé, biais ?

Discussion

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

Plusieurs hypothèses :

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



FORMATION SUFFISANTE ?
MANQUE DE CONNAISSANCES ?

Oui et



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

Oui et.....

5 problèmes mis en évidence :

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

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

Discussion des résultats

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



Discussion des résultats

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

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

Discussion des résultats

Kowanko et al. (1999)

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



Conclusion

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

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



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

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

Formation permanente et **Proximité**



Conclusion

Evaluer ses pratiques = évaluer les progrès à accomplir

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

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

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

Merci !!!

Groupe Pluridisciplinaire Nutrition

Audrey Van Gossum

Arlette Jancys

Juliette Hoyois

Sandra Demarche

Pascale Brouckaert

Aurélia Bustillo

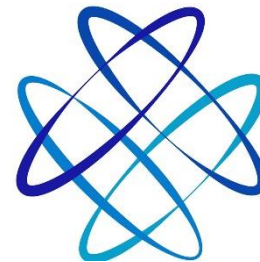
Philippe Tinsy



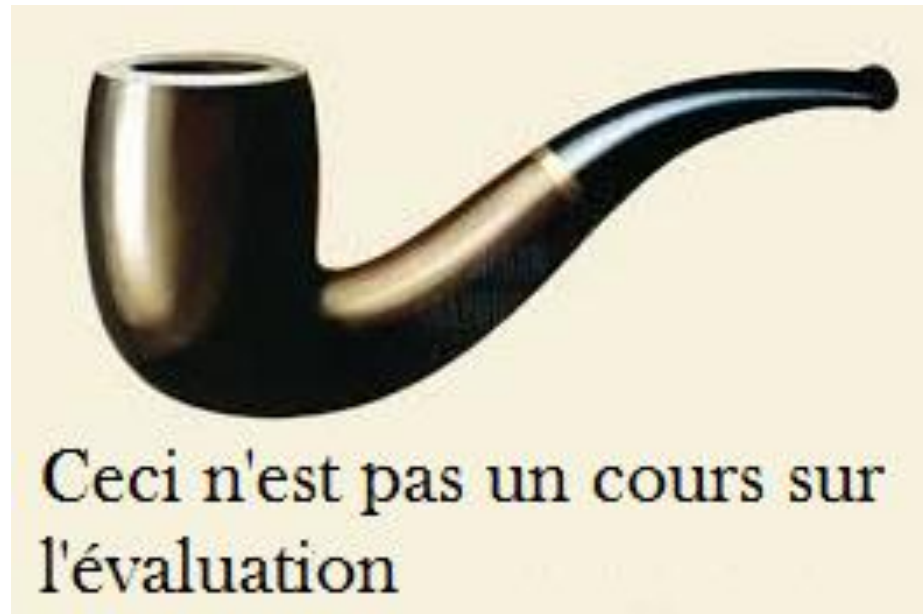
EVALUATION DES PRATIQUES

Congrès de l'ANFIIDE
Mons, 16-17 novembre 2017
Atelier parallèle du 16 novembre
Thérèse Van Durme
IRSS-UCL (Belgique)

GROUPE DE
CONTACT
SCIENCES
INFIRMIÈRES
fnrs
LE LIBRE ET LE ENSEMBLE



UCL
Université
catholique
de Louvain



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



Sous la direction de
Astrid Brousselle, François Champagne,
André-Pierre Contandriopoulos et Zulmira Hartz

L'évaluation: concepts et méthodes



Les Presses de l'Université de Montréal

EVALUATION DES PRATIQUES =



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

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

Quoi?

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

Comment?

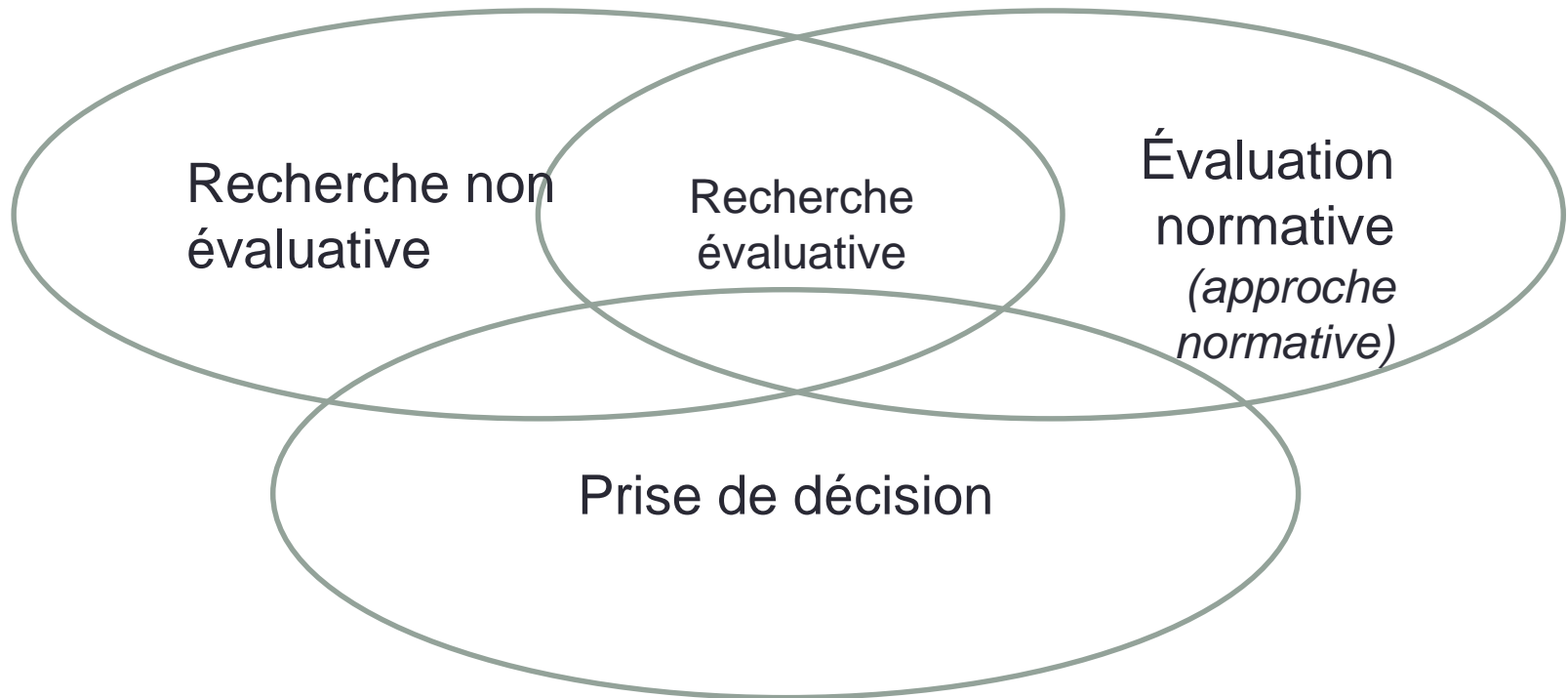
l'objectif étant de faire en sorte que les **différents acteurs concernés**, dont les champs de jugement sont parfois différents,

Pour qui?

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

Pour quoi?

Recherche, évaluation et prise de décision



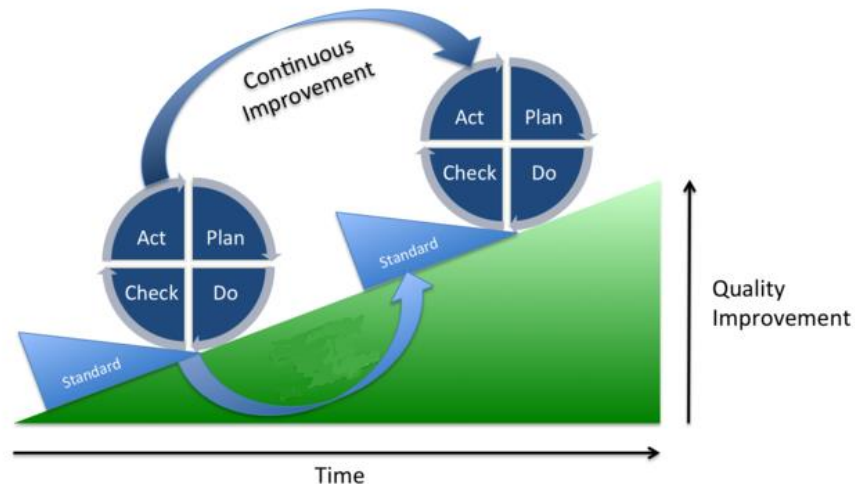
Différents types d'évaluation

- fidélité
- couverture
- qualité
- effets
- coûts

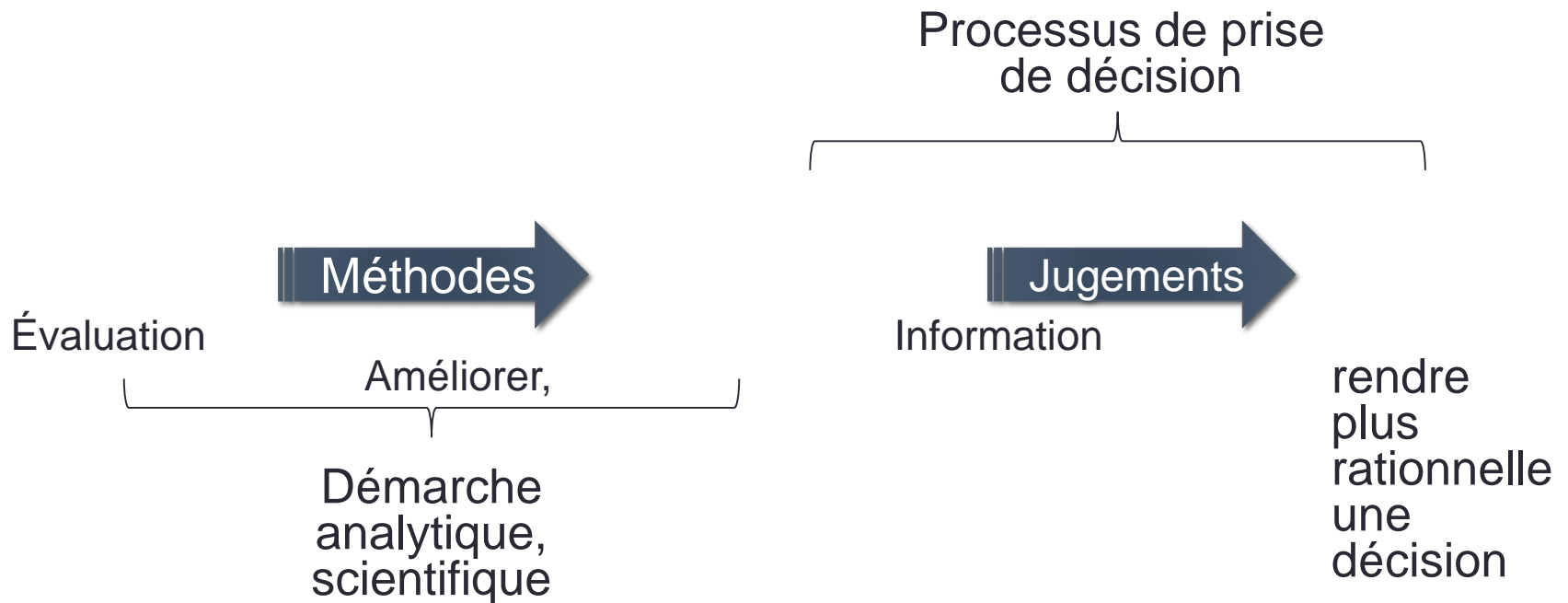
- **Appréciation normative** \Rightarrow écart par rapport aux attentes, en termes de
- **Analyse stratégique** \Rightarrow adéquation entre les objectifs de l'intervention et les problèmes à résoudre
- **Analyse logique** \Rightarrow détermine le bien-fondé théorique qui sous-tend l'intervention
- **Analyse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

Constats

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



Évaluation et décisions



Défis de l'évaluation

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

Caractéristiques des interventions complexes

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

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

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

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

Or, ces éléments-clé rendent les interventions complexes

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

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

Recommandations pour l'évaluation des interventions complexes

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

Problème

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

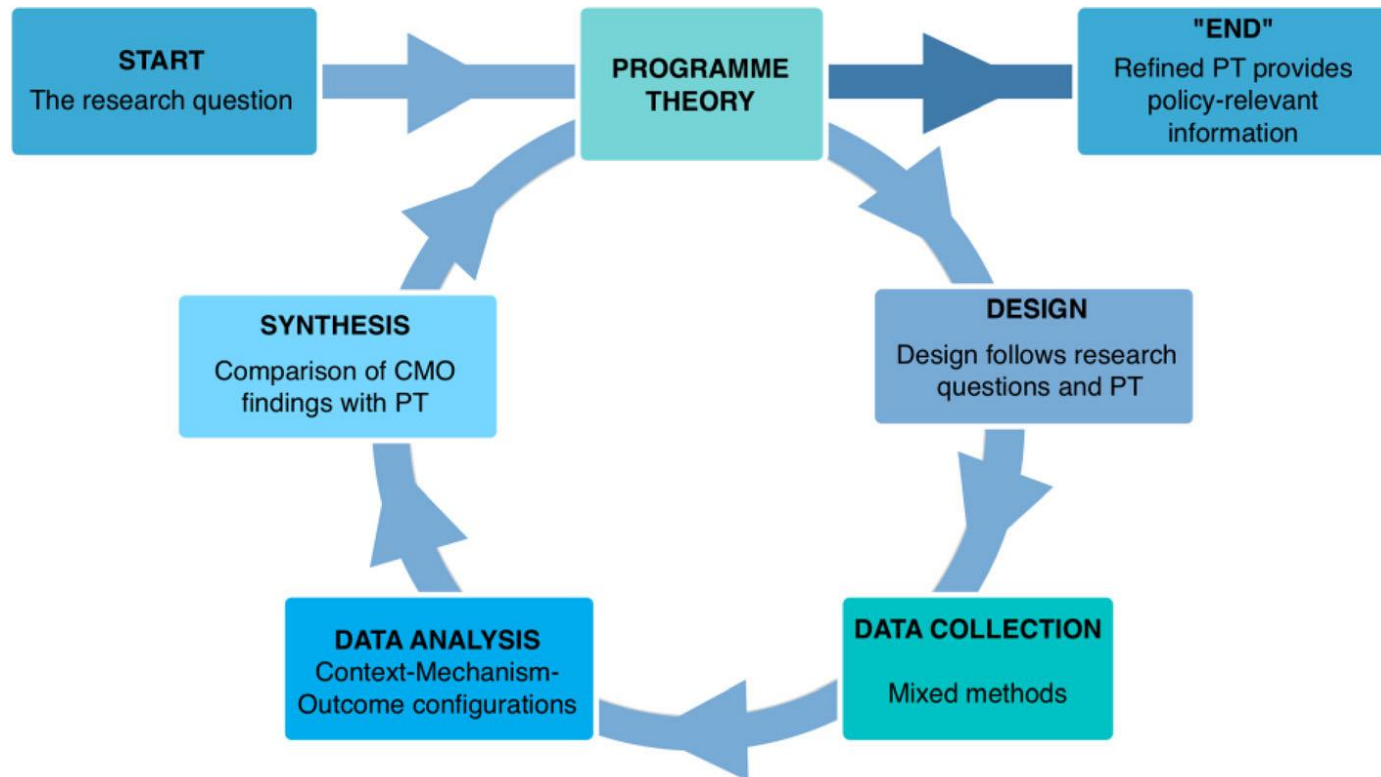
Autres approches: l'évaluation centrée sur le mécanisme de l'intervention

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

L'évaluation réaliste

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

Le cycle de l'évaluation réaliste



Cycle de l'évaluation réaliste

Étape 1

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

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

Étape 2

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

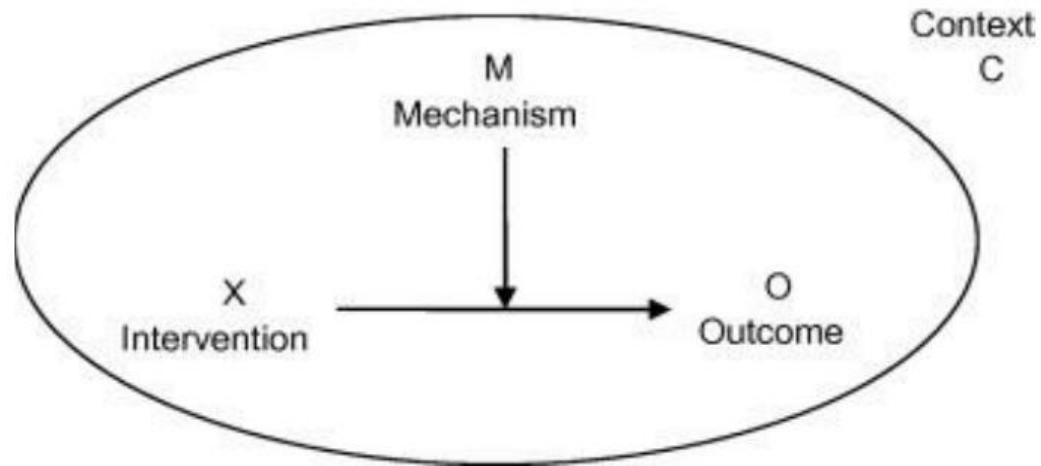
- Méthode. Le choix de la méthode quali et/ou quanti doit être dirigé par la nécessité de tester des hypothèses.

Étape 3

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

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

CMO Configurations



À retenir

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

QUESTIONS À POSER LORS DE L'ÉVALUATION

Questions indispensables ...

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

Pour aller plus loin

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

DIFFUSION DE L'INNOVATION

Identification des théories en fonction de leurs domaines de recherche

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

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



SYSTEM ANTECEDENTS FOR INNOVATION

Structure	Absorptive capacity for new knowledge	Receptive context for change
Size/maturity	Preexisting knowledge/skills base	Leadership and vision
Formalization	Ability to find, interpret, recodify, and integrate new knowledge	Good managerial relations
Differentiation	Enablement of knowledge sharing via internal and external networks	Risk-taking climate
Decentralization		Clear goals and priorities
Slack resources		High-quality data capture

SYSTEM READINESS FOR INNOVATION

Tension for change
 Innovation-system fit
 Power balances
 (supporters v. opponents)
 Assessment of implications
 Dedicated time/resources
 Monitoring and feedback

THE INNOVATION

Relative advantage
 Compatibility
 Low complexity
 Trialability
 Observability
 Potential for reinvention
 Fuzzy boundaries
 Risk
 Task issues
 Nature of knowledge required (tacit/explicit)
 Technical support

COMMUNICATION AND INFLUENCE

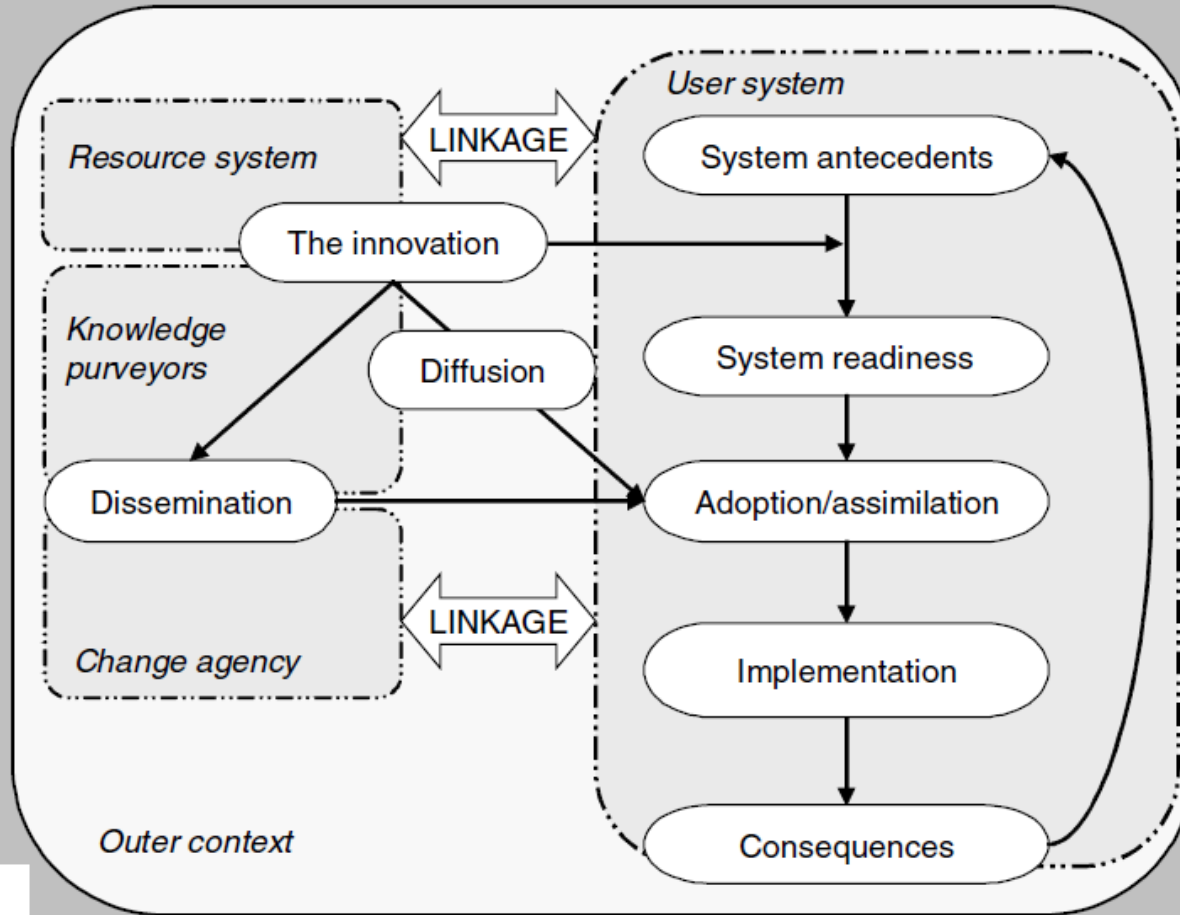
DIFFUSION (informal, unplanned)

Social networks
 Homophily
 Peer opinion
 Marketing
 Expert opinion
 Champions
 Boundary spanners
 Change agents

DISSEMINATION (formal, planned)

OUTER CONTEXT

Sociopolitical climate
 Incentives and mandates
 Interorganizational norm-setting and networks
 Environmental stability



ADOPTER

Needs
 Motivation
 Values and goals
 Skills
 Learning style
 Social networks

ASSIMILATION

Complex, nonlinear process
 "Soft periphery" elements

IMPLEMENTATION PROCESS

Decision making devolved to frontline teams
 Hands-on approach by leaders and managers
 Human resource issues, especially training
 Dedicated resources
 Internal communication
 External collaboration
 Reinvention/development
 Feedback on progress

LINKAGE

Design stage

Shared meanings and mission
 Effective knowledge transfer
 User involvement in specification
 Capture of user-led innovation

Implementation stage

Communication and information
 User orientation
 Product augmentation, e.g. technical help
 Project management support