

LES SOIGNANTS FACE AUX INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS

- **Etienne Minvielle**
- EHESP-Gustave Roussy

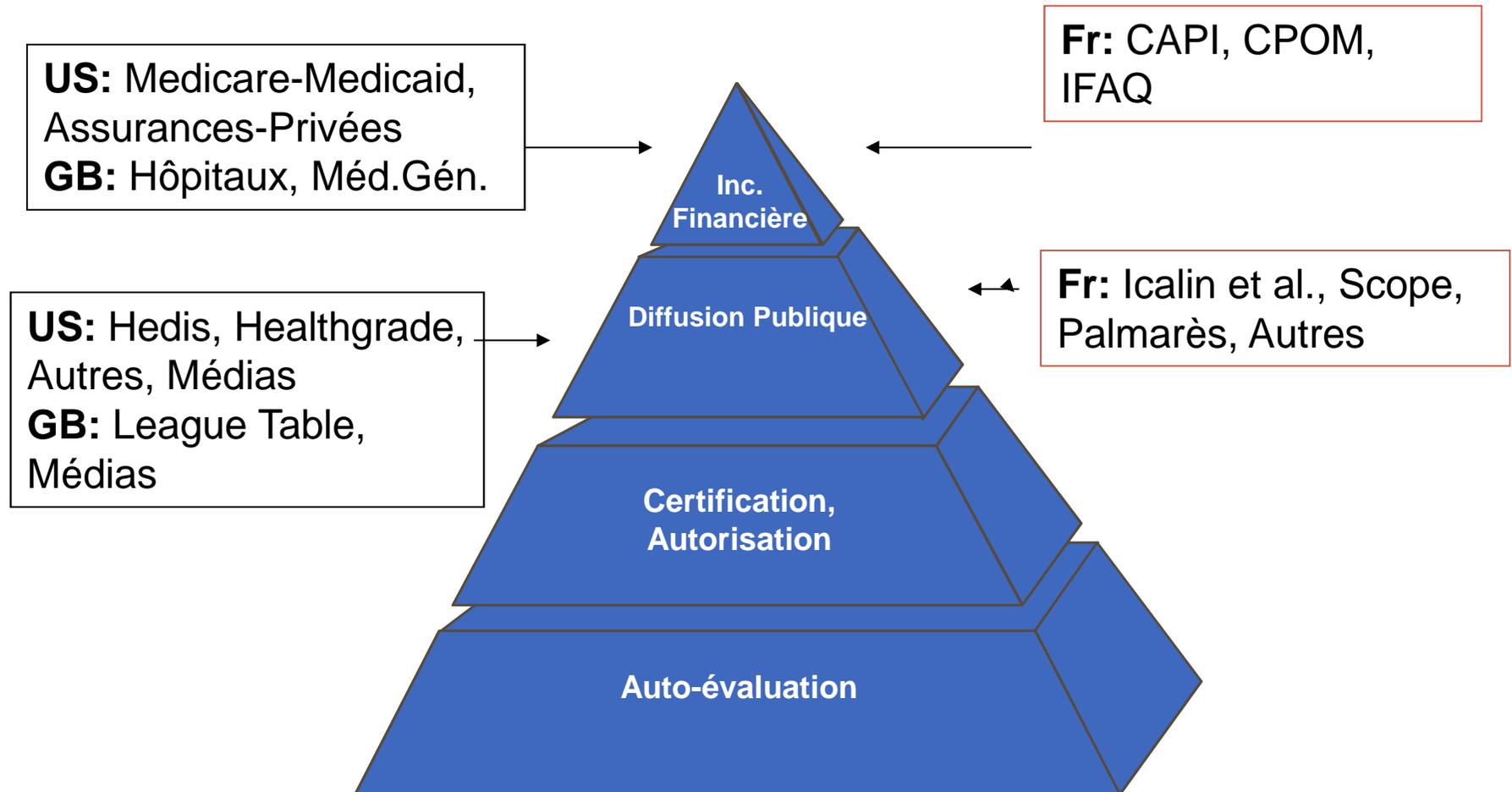


POURQUOI DES INDICATEURS POUR LA QUALITÉ ?

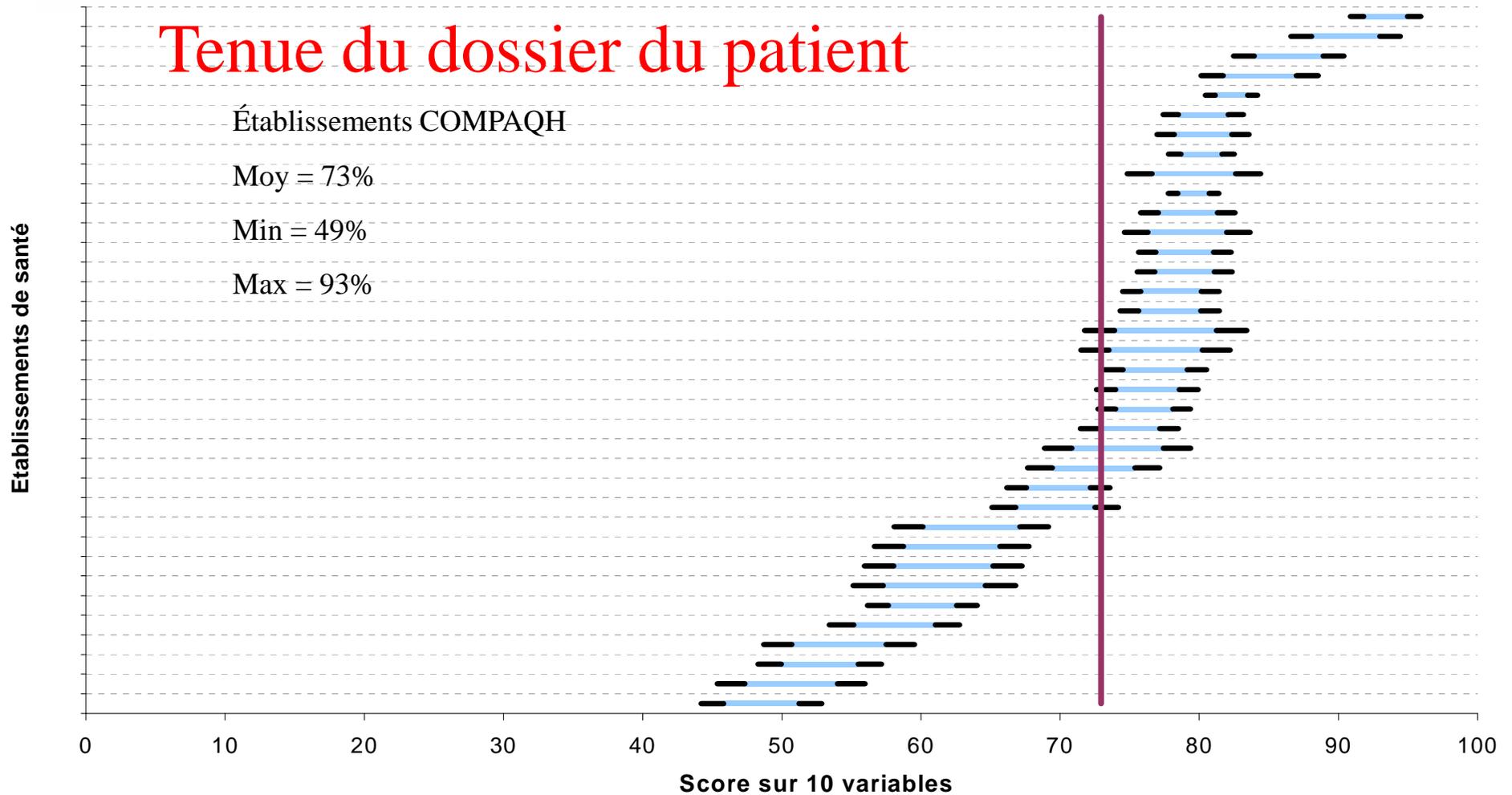
CONTEXTE (1)

- Des résultats alarmants sur les évènements indésirables évitables, et la qualité en général
- L'indicateur: Un outil qui quantifie et permet de la comparaison
- De nouvelles formes de pilotage
- Une technologie existante: la mesure de la qualité/sécurité

DES INDICATEURS POUR EVALUER ET GÉRER : UN MOUVEMENT DE « NEW PUBLIC MANAGEMENT » CONTEXTE(2)



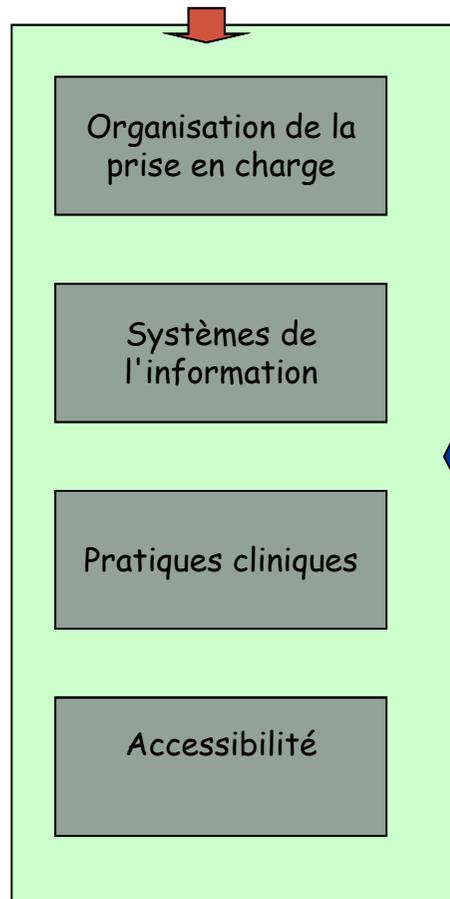
IL EXISTE UNE VARIABILITÉ INTER-ÉTABLISSEMENTS



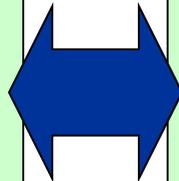
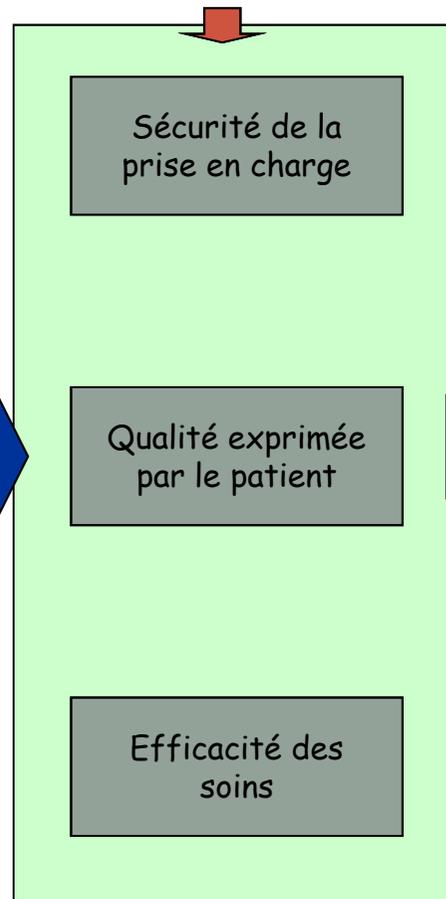
Source Compaqh-2005

QUELS INDICATEURS ?

Dimensions de
Structure/processus



Dimensions de
Résultats



16 Indicateurs généralisés

Ministère de la
Santé/HAS

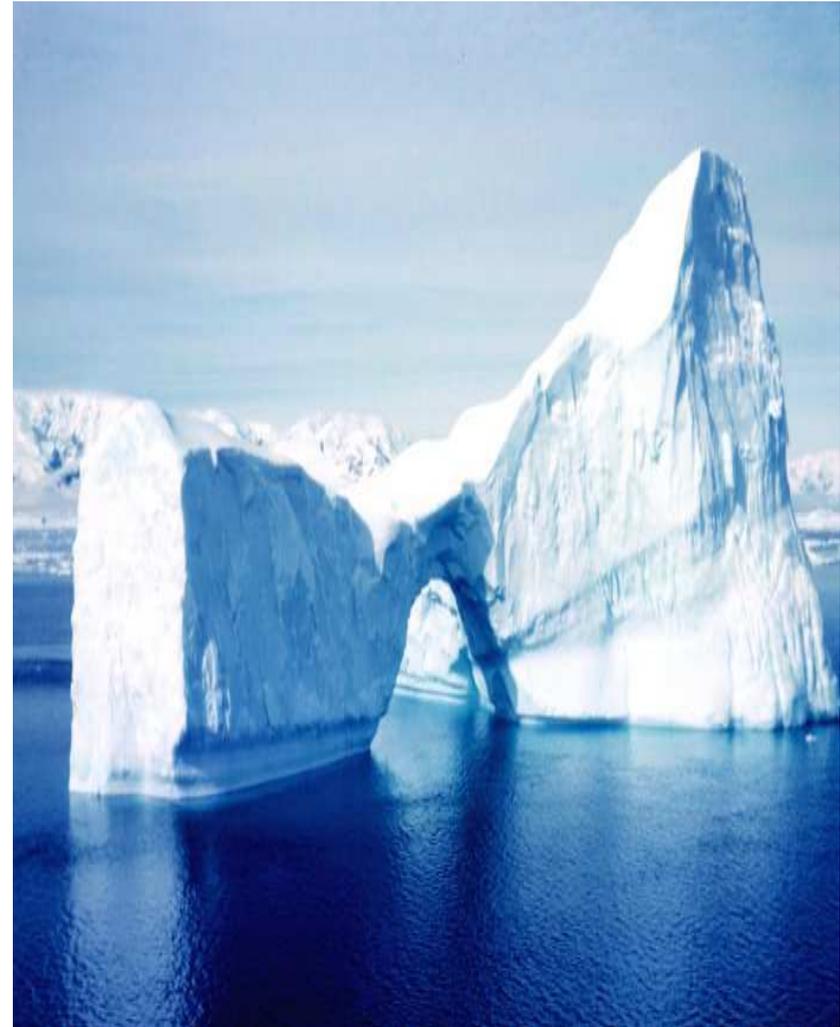
Grenier et al. 2005. RESP

Qu'avons nous appris ?

Les Indicateurs = La partie "visible"

❑ Sous l'eau:

- Quelle Validité des Indicateurs ?
- Quelle appropriation ?
- Quel objectif d'utilisation ?



I. QUELLE VALIDITÉ ?

- ❑ Ajustement: Le cas exemplaire du taux de mortalité
- ❑ Acquis ou Importé: le cas des BMR
- ❑ Les problèmes de codage

Variability in the Measurement of Hospital-wide Mortality Rates

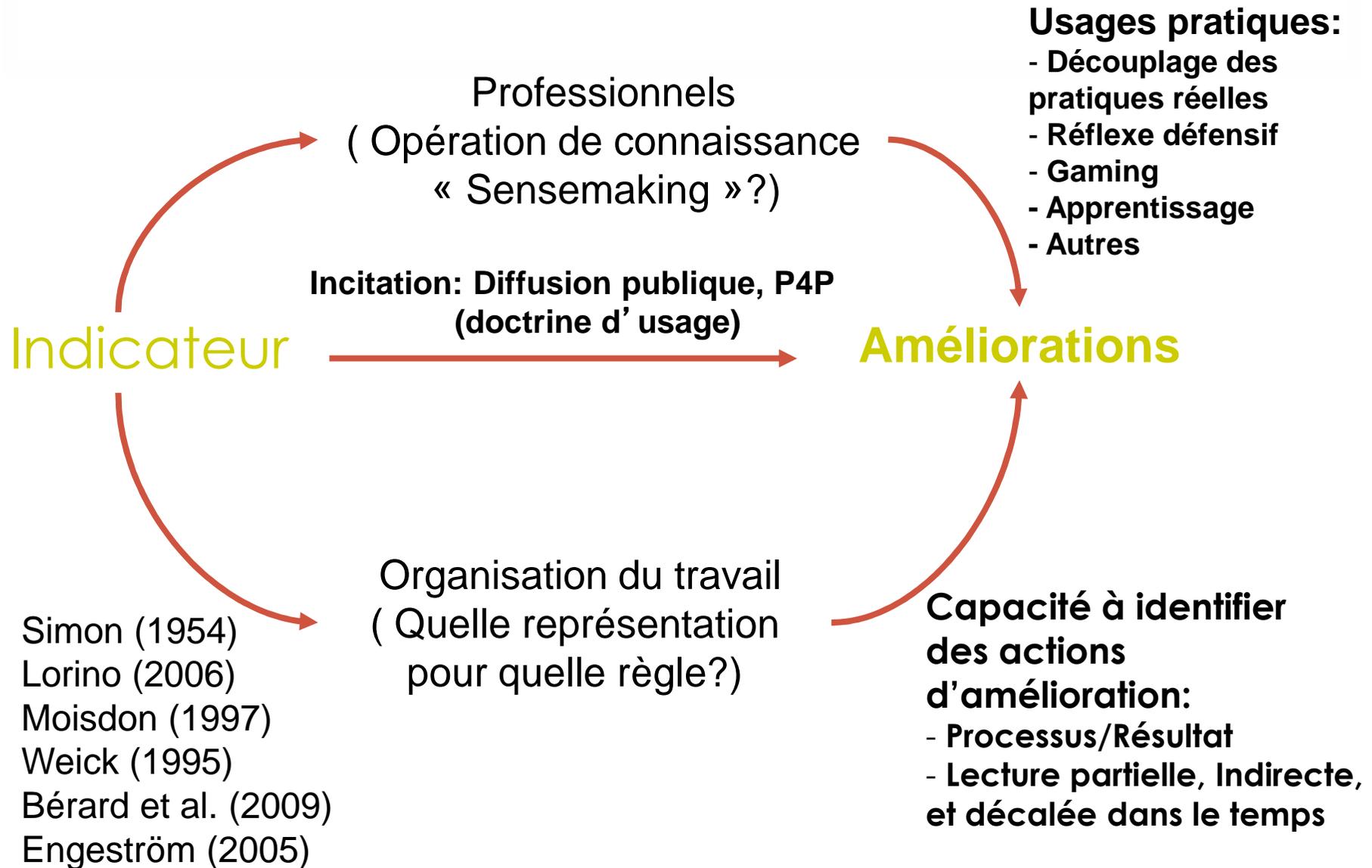
David M. Shahian, M.D., Robert E. Wolf, M.Sc., Lisa I. Iezzoni, M.D., Leslie Kirle, M.P.H., and Sharon-Lise T. Normand, Ph.D.
N Engl J Med 2010; 363:2530-2539 [December 23, 2010](#) DOI: 10.1056/NEJMsa100639

Spiegelhalter, BMJ, 2007

II. QUELLE APPROPRIATION ?



QUELLE IMPLANTATION EFFECTIVE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?



APPROPRIATION- LE CAS D'UN PROJET

_ ANR PRIQS (EHESP-CNAM-ESSEC-MONTREAL)

_ Indicateur DAN-Tenue du dossier anesthésique

- L'indicateur a été développé par le projet COMPAQ Hpst et généralisé par la HAS
- C'est un indicateur de processus évaluant l'information partagée. Hypothèse: Une information partagée permet une meilleure coordination des soins, donc une meilleure qualité
- Score de qualité compris entre 0 et 100, évaluant les phases pré, per et post-anesthésique (13 critères), calculé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers, annuellement

_ Première phase: 5 étude de cas dans des Etablissements de Santé

- Série d'entretiens avec les professionnels
- Situations de travail et indicateur (décrire les usages et la compréhension des sens donnés par les acteurs)

_ Deuxième phase: analyse approfondie

- Matériau: 32 entretiens, documents officiels, observations dans 2 ES

APPROPRIATION- RÉSULTATS

- Usages variés des indicateurs: amélioration des pratiques, mais aussi négociation, données exploitables à des fins scientifiques
- Des indicateurs mal perçus mais qui contribuent à modifier les pratiques
- Le rôle du contexte socio-historique qui conditionne l' usage fait de l' indicateur
- Des activités managériales pour favoriser l' usage
Menées par des acteurs au profil légitime

Jouant sur 3 registres:

- Scientifique
- Démocratique
- Motivation intrinsèque

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

- Un changement qui se joue dans le cours de l'activité et dans un agencement humain et matériel
- Mieux prendre en compte le contexte local d'usage dans la politique publique:
 - L'approche socio-matérielle: Permet de dépasser les notions de culture et de leadership
 - En complément de la phase de conception de l'indicateur, la phase relative au suivi de l'usage de l'indicateur devrait être mieux formalisée
 - Valoriser des activités managériales invisibles
 - Inclure des usages peu anticipés

III. QUEL OBJECTIF D'UTILISATION ?

- Pilotage interne de l'établissement
- Démocratie sanitaire (transparence)
- Régulation par la qualité
- Autorisation d'activité

MESURER ET AMÉLIORER

- ❑ Identifier des actions correctives:
 - Des besoins d'analyses fines
 - Délai entre l'action et l'évaluation
 - Actions organisationnelles ou sur les pratiques cliniques

- ❑ Un management de la qualité dans un univers contraint (IFAQ)

- ❑ La qualité est-elle soluble dans la quantification ?

Minvielle, Waelli et al. Health Policy, 2014

Couralet et al, Medical Care, 2012

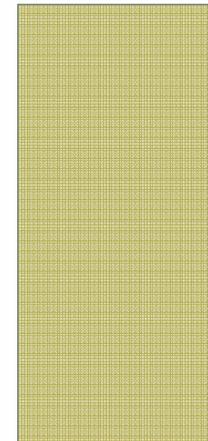
CONCLUSION: RESTER HUMBLE EN TOUTES CIRCONSTANCES



QARTS

QUALITÉ, ACTIVITÉ DE REPORTING ET
TRAVAIL DE SOIN

PROJET MSHB/EHESP
COORDINATION : MATHIAS WAELLI



CONTEXTE

“J’ai le sentiment d’être devenue plus une secrétaire qu’une soignante”

- ❑ Un contexte politique et organisationnel qui augmente le travail administratif des soignants
 - Demande accrue de rendre des comptes (accountability)
 - Demande accrue de coordination
 - Raccourcissement des séjours
 - Renforcement du droit des patients (logiques de transparence)

- ❑ Des tâches mal intégrées
 - Augmentation du travail d’écriture conduirait les infirmières au burnout et augmenterait le turnover (Allen 1999, 2004; Draper et al., 2008; Estryng Behar, 2004; CFDT, 2010)
 - Les soignant expriment le sentiment d’être tenus à l’écart des patients (Acker 1999 ; de Frino 2006...)

OBJECTIFS

Le diagnostic est partagé mais le contenu de ce qui est appelé travail administratif reste peu connu (Allen 2013)

Notre objectif est d'entrer dans la boîte noire du travail administratif soignant

- Quelles activités sont considérées comme administratives ?
- Comment les soignants perçoivent l'utilité de ces tâches selon les contextes organisationnels, professionnels, politiques/culturels ?
- Comment ces activités sont réparties entre les professionnels ?
- Dans quelle mesure et comment les managers professionnels de l'hôpital contribuent à changer les représentations que les soignants ont des tâches administratives ?
- Où vont ces données et qu'en font les politiques publiques ?

ENJEUX PROFESSIONNELS

- Est-ce que l'augmentation de la charge administrative transforme l'activité infirmière ?
 - Du point de vue des acteurs institutionnels
 - Du point de vue de l'encadrement
 - Du point de vue des soignants
- Les infirmiers constituent-ils le groupe professionnel le plus pertinent pour prendre en charge ces activités ?

PRINCIPES ET MÉTHODES

□ Trois objet empiriques

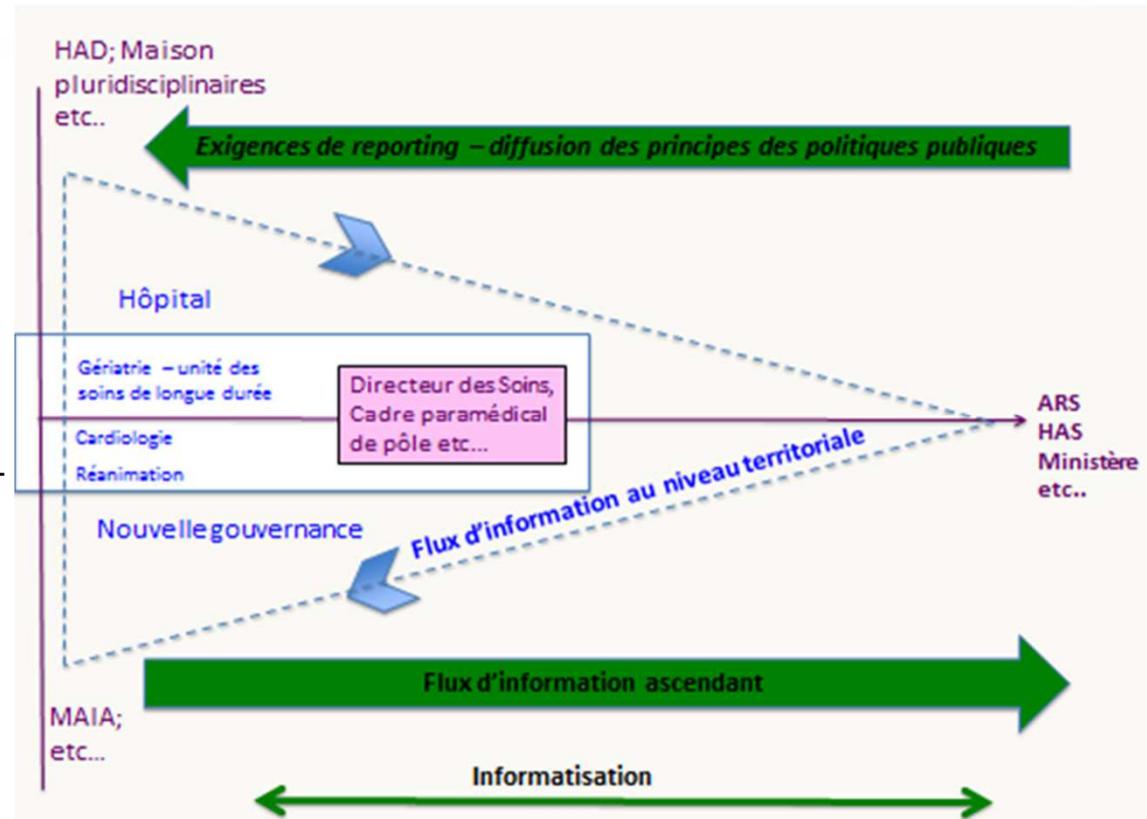
- Soignants
- Managers
- Acteurs institutionnels

□ Etudes de cas

- Shadowing (compréhensif + + time and motion)
- Entretiens
- Focus groups
- Analyse de documents

□ Comparaisons

- Différentes unités (soins intensifs/USLD/Gastro)
- Différentes organisations (HEGP Paris/CHU Rennes/ GH Paris Est/UNC Hospitals/Mont Sinai)
- Divers contextes politiques/culturels (USA/France)



IMPLICATIONS DU PROJET

- Contribuer à l'évolution du contenu des programmes de formation
- Accompagner sur le terrain la mise en œuvre des programmes qualifiés
- Améliorer les dispositifs de remontée d'informations du terrain

PERSPECTIVES

- INCO : émergence de la figure de l'Infirmière clinicienne
 - Un cas limite d'analyse (prendre le travail invisible à bras le corps)
 - Une réflexion sur les formations, les profils et les contenus de postes
- Magnet hospitals : interroger le lien entre l'augmentation du travail « administratif » relatif à la qualité et l'attractivité

UNE EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

- France (Paris-Rennes)

- Mathias Waelli, PHD, associate professor, **management**, EHESP, Paris
- Lucie Michel, doctoral student, **management**, EHESP, ANFH Paris
- Odessa Petit Dit Dariel, Inf, PHD, associate professor, **nursing science**, EHESP, Paris
- Etienne Minvielle, MD. PHD, professor, **management**, EHESP, Paris
- Régine Bercot, PHD, professor, **sociology**, Université Paris 8
- Dominique Somme, MD. PHD, professor, **geriatric and public health**, Université Rennes 1, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes
- Philippe Fache, PHD, associate professor, **health policy**, ICD business school, Paris
- Fabienne Darchen, Inf, Quality director, AP-HP

□ US

- Larry Brown, PHD, professor, **health policy and management**, Columbia University, NYC
- Tom Ricketts, PHD, professor, **health policy and management**, UNC
- Cheryl Jones, RN FAAN PHD, associate professor, **nursing science**, UNC

**LES INFIRMIÈRES ET LE TRAVAIL
« ADMINISTRATIF »**

LUCIE MICHEL

24

CE QUE NOUS APPREND LA LITTÉRATURE

- *Time and Motion Studies* (depuis 1990):
 - augmentation du travail administratif chez les soignants
 - temps passé avec le patient reste sensiblement le même = 37% (Pelletier et al 2005; Duffield et al 2005; Hendrich et al 2008)
 - D'où une première suggestion :
 - Le problème n'est pas la réduction de temps passé auprès du patient
 - Mais le sens accordé aux 63% restant
- ➔ Interrogation sur le rapport au cœur de métier

COMPARAISON USLD ET RÉANIMATION : OBSERVATION COMPRÉHENSIVE

En réanimation :

- Le travail administratif n'est pas considéré comme un problème pour les infirmières
- Le travail administratif est confondu dans la traçabilité :
 - *“Le travail administratif pour moi c'est tout ce qui est papier, tout ce qui est traçabilité”*
- Il peut permettre d'objectiver le soin:
 - *“en écrivant je visualise que mon patient est bien, qu'il est dans les normes, ça me rassure visuellement”*
- C'est aussi une nécessité médico-légale:
 - *« Tu te protèges par rapport à ce que tu fais, par rapport à ce qui a été demandé et par rapport aux familles »*

COMPARAISON USLD ET RÉANIMATION : OBSERVATION COMPRÉHENSIVE

En USLD :

- Les infirmières se plaignent d'être envahies par le travail administratif
- Le travail administratif: une tâche chronophage déconnectée du soin, voire du rôle propre de l'infirmière

➔ Se pose donc à nouveau la question du sens accordé à chaque activité

COMPARAISON USLD RÉANIMATION TIME AND MOTION

	USLD	Réanimation
Soins Directs	33,26%	53,79%
Soins Indirects	47,50%	29,53%
Activités lié au service	12,55%	6,55%
Activités personnelles	6,65%	9,81%
Travail d'écriture	11,09%	18,62%

DISCUSSION

- La réanimation médicale: un cas limite d'analyse où le travail administratif est intégré et fait sens pour le soignant
- Ce terrain ouvre donc un nouveau questionnement managérial : le sens de la tâche administrative ne changerait-il pas en fonction du contexte, de la situation d'interaction avec d'autres activités à un moment donné ?

PERSPECTIVES

➔ Prochain terrain aux Etats-Unis, Mars-Aout 2015

- **UNC Hospitals, Caroline du Nord**
- **Mount Sinai, New York**

**INTÉGRER ET DONNER DU SENS :
LE RÔLE DE L'ENCADREMENT**

ODESSA DARIEL

31

L'ENCADREMENT PARAMÉDICAL

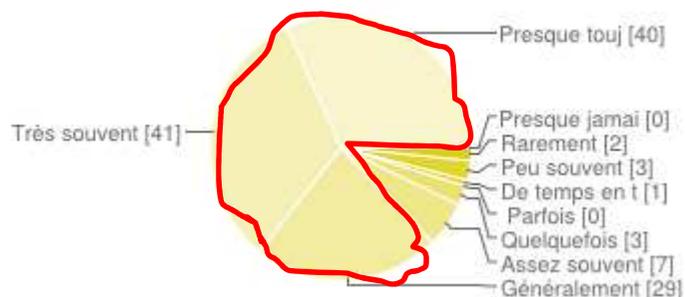
1. Quelles compétences en leadership ?

- Leadership Practice Inventory (LPI) : enquête en ligne auprès des DS membres de l'AFDS
- Auto-évaluation des compétences en leadership identifiées et validées par Kouzes & Posner (2003) à travers 5 dimensions : négociation et communication, communication et inspiration, empowerment, valeurs, modèle de rôle

2. Comment les cadres participent-ils (ou non) à l'appropriation et l'intégration des logiques qualités chez les soignants ?

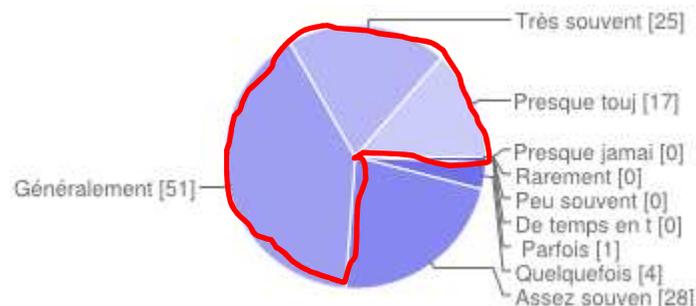
- Entretiens
 - 7 Directeurs de Soins
 - 9 Cadres paramédicaux de Pole
 - 6 Cadres de proximité
- Focus group
 - 4 DS & Coordinateur Général des Soins
- Shadowing/observations
 - 2 Cadres de Proximité
 - 2 Cadres Supérieurs (1 Réfèrent Qualité et 1 RH)
 - 1 Directrice de Soins
 - 1 Cadre Paramédical de Pole

J'entretiens des relations de cooperation avec mes collègues



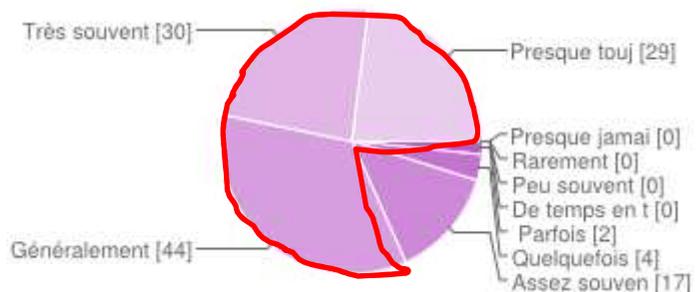
88%

Je soutiens les décisions du personnel



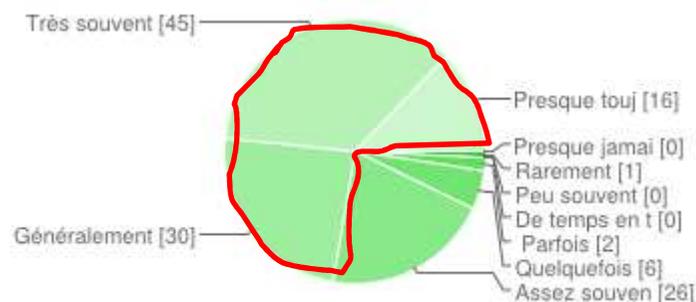
73%

Je laisse une grande liberté aux personnel sur la façon de faire leur travail



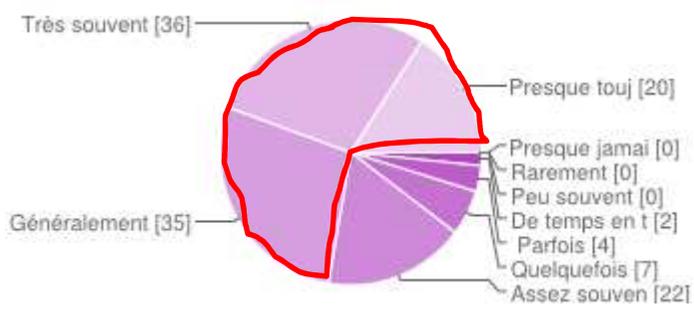
82%

Je veille a ce que le personnel s'épanouissent dans leur travail en apprenant de nouvelles techniques et en développant leurs aptitudes



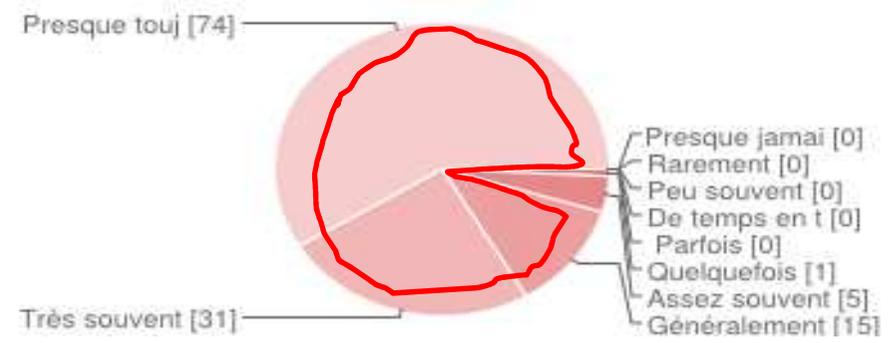
73%

Je donne aux membres de l'équipe beaucoup d'appréciation et de soutien pour leur contribution



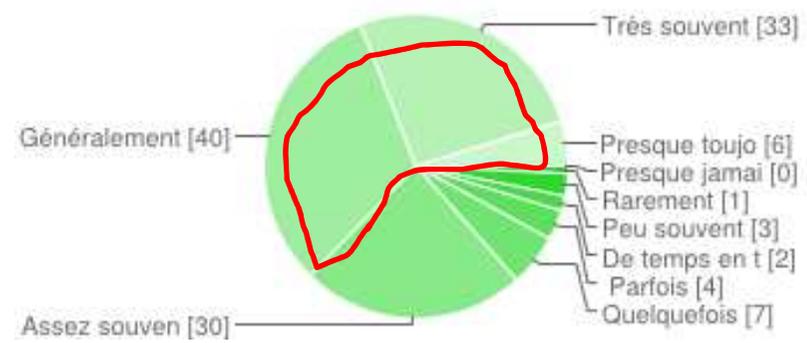
73%

Je parle avec sincérité de l'importance du rôle et du but de notre travail



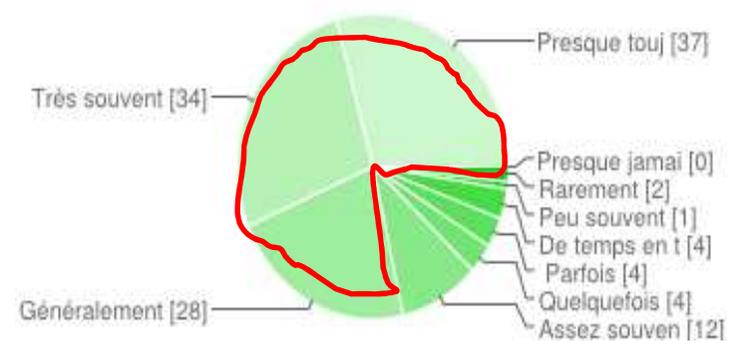
94%

Je démontre bien aux autres comment leur intérêts a long terme peuvent se réaliser en s'engageant dans une vision commune



63%

Je félicite les gens pour un travail bien fait



78%

CONSTATS DU TERRAIN

- DS (APHP) déconnectés des pôles et du terrain :
“si je ne me manifeste pas, je pense qu’on peut m’oublier dans mon bureau »
- les soignants connaissent peu leur DS (s’il y a une notion de « leadership » il est plutôt attribué au chef de service/chef de pôle)
“on a perdu de la visibilité, de la maîtrise sur plein de choses »
- question de légitimité de la hiérarchie paramédicale :
qui prend le rôle de faciliter l’appropriation,
l’intégration, le sens ?

PERSPECTIVES

- Mieux définir le rôle du Cadre de proximité (entretiens/shadowing)
- Etendre la comparaison du rôle de l'encadrement hors APHP
- Comparaison internationale dans les hôpitaux Magnet

MAGNET RECOGNITION PROGRAM

- Accréditation volontaire, mais prestigieuse (7% des hôpitaux aux Etats-Unis)
- Signifie que l'hôpital a répondu à 63 indicateurs centrés autour de la qualité de vie au travail (relation interdisciplinaire, leadership infirmier, le niveau de formation des infirmiers, compétences, recherche, EBN)
- Focus sur le *leadership* infirmier et leur rôle dans les décisions liées à la pratiques infirmières
- *Hypothèse sous-jacente* : QVT + valorisation du personnel infirmier = amélioration de la qualité des soins

COMPARAISON AVEC LES HÔPITAUX MAGNETS

Quel est le travail effectué par les Nurse Managers dans les structures Magnet® pour intégrer et donner du sens au travail « administratif » ?

- *Shadowing et entretiens dans 4 hôpitaux Magnet (Caroline du Nord, New York)*
 - Les infirmiers y-trouvent-ils un sens ?
 - Si oui, lequel ?
 - Quel est le rôle de l'encadrement ?

NDNQI (NATIONAL DATABASE FOR NURSING QUALITY INDICATORS)



HOME

ABOUT NDNQI

BENEFITS

FAQs

CONTACT

GET STARTED

Turn quality data for your hospital into solutions you can use.

Benchmark with peer hospitals

Gain actionable insights



Why is NDNQI so important to patient outcomes?

Hear firsthand from those who use it every day.



Powerful Insight:



Get actionable data



Develop improvement strategies

