



Collaboration au sein d'un service pour la gestion d'un indicateur qualité

ROSELYNE TRICHET, INFIRMIÈRE - MARTINE MIKOLAJCZAK, CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ,
SERVICE D'HÉMODIALYSE - CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULÊME - SAINT MICHEL

I. ENGAGEMENT DANS LA DEMARCHE QUALITE

Avant l'obligation pour les Etablissements de santé à être accrédités, le Centre Hospitalier d'Angoulême a initié, en 1995, une démarche qualité avec des services volontaires.

Le but recherché était de pouvoir évaluer la prise en charge des malades tant dans sa qualité que dans sa sécurité.

Pour cette finalité, chaque service a dû définir des indicateurs qualité. Le service d'hémodialyse s'est engagé dans ce processus et a privilégié le suivi de 3 indicateurs :

- l'amélioration de la satisfaction du patient dans son accueil
- la prévention des infections nosocomiales sur les cathéters centraux
- la maîtrise économique de l'érythropoïétine et la qualité de vie du patient dialysé

II. METHODOLOGIE

Toute adhésion dans cette dynamique nécessite un ou plusieurs éléments moteurs. Ces personnes motivées deviennent les personnes référentes qui expliquent et sensibilisent le reste de l'équipe.

Une démarche qualité oblige à définir des critères d'évaluation sur les indicateurs énoncés afin d'assurer un suivi régulier. L'analyse incontournable de ce travail doit permettre de mesurer les résultats et d'annoncer les décisions de réajustement.

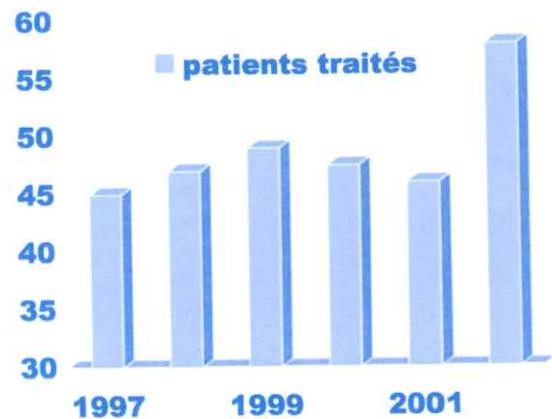
Parmi nos 3 indicateurs, celui de la consommation d'érythropoïétine associe des notions de qualité de vie du patient et de maîtrise des coûts. L'objectif était de maintenir un équilibre entre la consommation de l'érythropoïétine et un taux d'hémoglobine satisfaisant pour l'état de bien être du dialysé.

III. ROLE DU REFERENT

Cet objectif a été suivi à rythme régulier par une infirmière. Son rôle ne se limite pas à la gestion hebdomadaire de cet indicateur.

Elle présente mensuellement les relevés de consommation d'érythropoïétine à l'équipe médicale qui, en regard des résultats du taux d'hémoglobine des patients, modifie les prescriptions. Elle transmet régulièrement aux collègues, les raisons des réajustements. Annuellement, lors du conseil de service, elle présente l'évaluation de cet indicateur et

en équipe, il est déterminé l'objectif à atteindre pour l'année suivante. Le respect de ces étapes favorise la continuité de ce travail, maintient une dynamique de groupe et permet de faire vivre la démarche depuis plus de 7 ans.



IV. SUIVI DE CET INDICATEUR A TRAVERS LES ANNEES

L'objectif de départ visait à associer un indicateur économique à un indicateur de qualité de vie.

Comment ont évolué ces deux critères d'évaluation ?

Tout d'abord l'indicateur économique :

Au début de la démarche, nous nous étions fixé un seuil de consommation à ne pas dépasser : 200 000 unités d'EPO par semaine soit 10 400 000 par an.

La consommation a augmenté régulièrement de 10 % jusqu'en 2000, pour se stabiliser les 2 années suivantes puis subir un accroissement brutal en 2002 de presque 14 %.

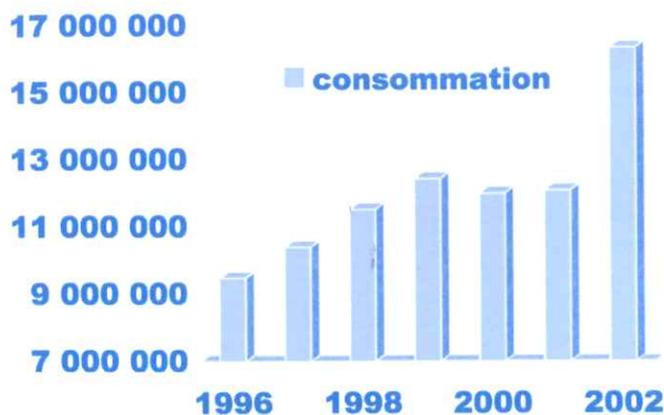
Quels sont les facteurs déclenchants de cette majoration en 2002 ?

Peut être, le nombre de patients traités ?

Le graphique nous montre que la moyenne des patients traités s'est maintenue entre 45 et 48 malades pendant 5 ans et a atteint presque 60 patients en 2002. On retrouve l'écart après 2001, comme pour la consommation d'érythropoïétine.

Par ce graphique, nous sommes tentés de dire que la surconsommation est effectivement due à l'augmentation du nombre de patients traités. Mais n'existe-t-il pas un autre facteur causal, comme la moyenne d'âge des patients pris en charge en dialyse ?

V. COLLABORATION DES DIFFERENTES EQUIPES DANS LA DEMARCHE



Comme les données nationales démographiques, la population a une durée de vie plus longue, les patients dialysés ont une moyenne d'âge qui progresse régulièrement, mais sans effet rebond en 2002. Ces patients plus âgés sont certainement plus fragiles donc plus consommateurs !

Ces facteurs précédemment étudiés semblent avoir un lien avec la surconsommation évidente en 2002, mais une dernière donnée est importante à analyser pour confirmer ce constat.

Elle est en lien avec notre objectif initial, il s'agit du taux moyen d'hémoglobine des patients traités, 2^{ème} critère de qualité de la démarche, indicateur de **qualité de vie** des patients traités.

Avons nous amélioré le taux moyen d'hémoglobine des patients traités ?

Comme pour l'indicateur économique, nous nous étions fixé un taux d'hémoglobine à atteindre aux alentours de 10g/l.

(les moyennes annuelles d'hémoglobines n'ont été réalisées qu'à partir de 1998, avant seul un regard sur les résultats mensuels se faisait au lit de chaque patient, il n'y avait pas d'analyse globale)

Les histogrammes nous indiquent que les taux d'hémoglobine oscillaient peu jusqu'en 2001 (autour de 10g/l) puis ce taux a atteint brutalement presque 10,50g/l en 2002.



Cet ensemble de données semble vérifier l'idée que l'augmentation de la consommation en EPO en 2002 est surtout lié à un résultat d'hémoglobine nettement plus satisfaisant, bien sur chez un nombre de patients plus importants, plus âgés et surtout atteints de plus de comorbidité.

Cependant, il faut compléter ce travail par la description de la démarche d'équipe pendant ces 7 années.

L'infirmière référente a eu un rôle primordial dans ce suivi. Elle a été l'interlocutrice privilégiée en collaboration avec le cadre de santé, des médecins et de ses collègues.

L'évolution de cet indicateur qualité a demandé des outils de travail plus adaptés (tableurs informatiques, formules) et a nécessité l'aide des secrétaires. La rentrée des données étant plus conséquente, le référent fut assisté par une seconde infirmière pour le suivi et du reste de l'équipe pour le regroupement des éléments.

La présentation annuelle des résultats aux équipes, lors des conseils de service, a permis une réflexion collective et a orienté le choix médical sur l'évolution de cet indicateur. C'est en fait, lors du conseil de service de fin 2001, que les médecins ont décidé de modifier l'objectif de départ.

En effet de 1996 à 2001, nous avons consommé davantage d'érythropoïétine pour un taux moyen d'hémoglobine peu concluant et pour un état clinique des patients qui reste insatisfaisant. Au vue de ces éléments, l'objectif d'origine devient :

Maintenir une qualité de vie au patient dialysé avec un taux d'hémoglobine autour de 10,50g/l en assurant une prescription personnalisée, même si la consommation d'érythropoïétine est un peu plus importante.

C'est en raison de ce nouvel objectif qu'en 2002, les graphiques se sont fortement modifiés.

Le taux moyen d'hémoglobine recherché étant plus élevé, un plus grand nombre de patients a du être traités et a augmenté le coût de la consommation d'érythropoïétine.

Dans le suivi de cet indicateur, la référente infirmière a eu un rôle intéressant :

- elle a été un élément moteur dans le projet collectif
- elle a participé à la discussion avec les médecins sur le traitement des patients
- elle a participé à la gestion thérapeutique coûteuse
- elle est reconnue par le département Pharmacie comme interlocutrice préférentielle

VI. BILAN DE CES 7 ANNEES

Le suivi de la maîtrise économique de l'érythropoïétine et l'état de bien être du dialysé qui nous préoccupait en 1996, a mis en évidence qu'il était difficile d'atteindre les objectifs de cet indicateur qualité associant un critère économique et un critère de confort de vie.

Au fil des années, les deux critères n'en ont plus fait qu'un, la priorité s'est portée sur la qualité de vie tout en restant vigilant sur l'état des consommations.

Cette démarche qui partait d'un regard binaire (médecin et référente) a évolué vers une méthode plus collective.

Si fin 2002, le département Pharmacie nous a alertés au vue de l'augmentation des dépenses, il semble convaincu par notre argumentation et nous suit dans cette évolution toujours contrôlée.