

LES CONTRAINTES D'UN PROGRAMME ASSURANCE QUALITE (PAQ) DANS LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES.

ABDOU M.^(1,2), OUCHTATI M.^(1,3).

1) *Laboratoire des Techniques de l'Evaluation Médicale, Faculté de Médecine, Université Constantine 3.*

2) *Service de Réanimation Médicale, CHU Constantine.*

3) *Service d'Anesthésie Réanimation, CHU Constantine.*

RÉSUMÉ :

Sur le plan pratique, la mise en place d'une Programme d'Assurance Qualité (PAQ) dans la lutte contre les infections nosocomiales (IN), au sein d'une structure hospitalière, nécessite la levée de contraintes qui constituent des obstacles à sa réussite. Cette réussite dépend de plusieurs facteurs dont le plus important est l'implication de tous les acteurs, depuis le directeur jusqu'à l'agent des services hospitaliers. L'implantation d'un PAQ doit se faire sur un terrain préparé et sensibilisé. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) doit être le centre de toutes les actions à entreprendre avec des pôles prioritaires : un programme de lutte contre les IN par service, un programme d'éducation et de formation du personnel pour la sécurité des patients, la mise en place de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) constituées de personnels formés et dédiés et au niveau de chaque service un correspondant médicale et paramédicale en matière d'hygiène et enfin un groupe de travail sur la vigilance environnementale. Sa conduite ne peut s'envisager que grâce à un management de type participatif, basé sur la reconnaissance de la compétence de chacun.

Mots clés : Assurance qualité, Contraintes, Lutttes contre les infections nosocomiales.

ABSTRACT : DIFFICULTIES OF A PROGRAM QUALITY ASSURANCE (QA) IN THE FIGHT AGAINST HOSPITAL-ACQUIRED INFECTIONS.

Tu put in practice execution a Programme of Quality Insurance (PAQ) to struggle against the nosocomials infections (IN), all constraints and obstacles to its success must be removed. This success depends on many factors, the most important one is the implication of all, from the director to all hospital workers (simple agent). The implantation of PAQ must be on a prepared and sensitized ground. The nosocomial infection control committee (CLIN) must be the centre of all undertaken actions with the prior poles: A programme to struggle against the nosocomials infectiond in each service. Patient safety should be embedded in the education and training of healthcare workers, an Operational Hygiene Team composed of professionals trained for and dedicated and for each service a medical paramedical correspondent for hygiene and eventually a group of environmental vigilance. The quality assurance programme cannot be conducted without an opening and participative management system and recognition of the competence of everyone.

Key words : Quality assurance, Difficulties, Hospital-acquired infections.

INTRODUCTION

Manager les risques à l'hôpital, c'est mettre en place une organisation pour identifier, analyser et réduire les risques. L'approche doit être transversale, pragmatique et efficace pour identifier les principaux dysfonctionnements. Cette approche est basée sur la collaboration et l'échange d'informations entre tous les acteurs concernés par la sécurité.

Pourquoi s'intéresse-t-on autant aux incidents et accidents c'est à dire à la iatrogénie, pourquoi autant d'engouement ? Suite à la publication par le comité sur la qualité des soins de santé (Institut Américain de Médecine) en 1999 qui s'intitulait l'erreur est humaine (To er ris human) qui donne quelques idées sur la iatrogénie. 3 idées se dégagent :

- L'évènement indésirable est un problème de santé publique : il touche 7% des patients hospitalisés et cause de 44000 à 98000 décès par an;
- il ne faut pas blâmer les soignants;
- L'évènement indésirable est une production du système de santé.

Donc d'une part :

La survenue d'un incident indésirable doit être considérée comme n'étant pas le fruit du hasard et aurait pu être évitée.

Et d'autre part :

- Les risques ne sont pas le plus souvent dus à une défaillance humaine individuelle;
- Mais fréquemment le résultat de dysfonctionnements liés aux «process» organisationnels hospitaliers (tableau I).

Tableau I. La typologie des risques à l'hôpital est variée.

Non qualité Mauvaise qualité des soins Mauvaise qualité des prestations	Social Grèves, démotivation, absentéisme, dégradation de la pyramide des âges	Informatique Sécurité insuffisante Matériel et programmes obsolètes
Patrimonial Vol Détournement de recette Incendie Dégradation des locaux	Financier Fraude Prévision erronée Trésorerie insuffisante Dépassement de crédit	Technologique Obsolescence des équipements Savoir - faire obsolète Pauvreté de la recherche
Juridique Non respect des délégations de signature Erreurs, fautes, fraude	Commercial Concurrence Modification de la demande	Ecologique Pollution Contamination

Dans notre propos on s'intéressera aux risque lié à la non qualité : C'est à dire la mauvaise qualité des soins et la mauvaise qualité des prestations.

L'infection nosocomiale est considérée comme un indicateur de la qualité des soins. La mise en place du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) (Arrêté de 1998, portant obligation de création des CLIN dans les EPH et CHU) a été l'opportunité pour s'engager dans un Programme Assurance Qualité (PAQ) sur le thème la surveillance et la prévention des infections nosocomiales.

«L'Assurance Qualité se définit comme la mise en oeuvre d'un ensemble approprié de dispositions pré établies (ou référentiel) et systématiques destinées à garantir l'obtention de la qualité requise».

Cette qualité est aujourd'hui une préoccupation essentielle des établissements de santé.

L'amélioration de la qualité, qui pour nous est la diminution des infections nosocomiales, passe par la mise en place d'une assurance qualité, comme processus, par lequel on assure que les services fournis sont *appropriés, performants, efficaces* et

acceptables.

Donabedian a particulièrement contribué à développer ces concepts au domaine de la santé, en développant un model conceptuel de la reproduction de soins où il distingue plusieurs niveaux, d'analyse et d'évaluation de la qualité ; en supposant qu'un bon processus a plus de chance de se produire dans une bonne structure et qu'un bon résultat proviendra sûrement d'un bon processus (figures 1 et 2) [1, 2].

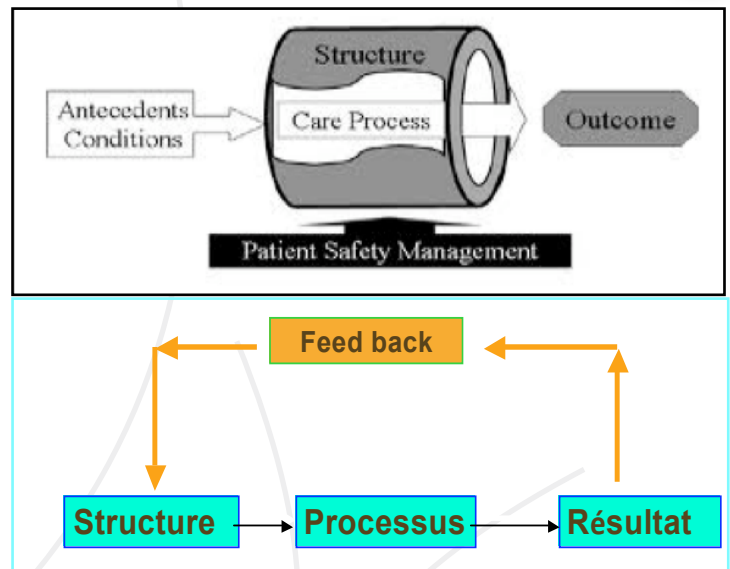


Figure 1 et figure 2. Donabedian : Model conceptuel de la reproduction des soins.

MISE EN PLACE DU CLIN

La mise en place du CLIN en 1999 a été l'opportunité pour notre service de s'engager dans un Programme Assurance Qualité (PAQ) pour lutter contre les IN. L'organisation et la mise en place de ce programme nous ont amené à cibler certaines contraintes incontournables à sa réussite (figure 3).

A partir de cette réflexion, nous avons proposé un plan d'action au niveau du CLIN, qui doit être le centre de toutes les actions à entreprendre au sein du CHU avec des pôles prioritaires [6] :

- 1- projet de programme assurance qualité par service;
- 2- la formation;
- 3- redynamisation du comité d'hygiène sous forme d'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH);
- 4- les groupes de travail sur la vigilance environnementale.

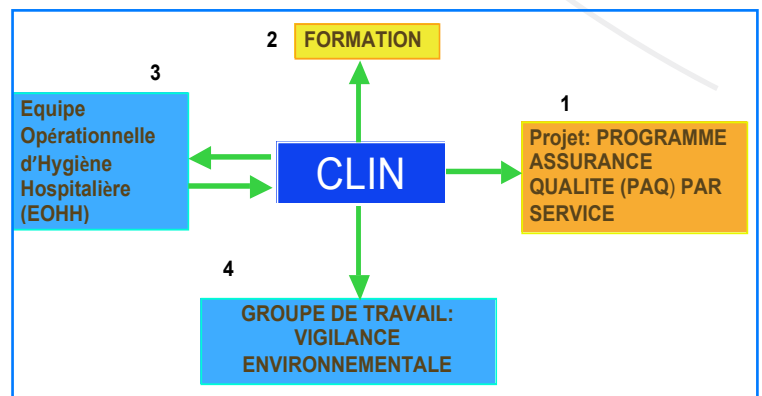


Figure 3. Plan d'action du CLIN.

JAM

1. PROJET : Programme assurance qualité (PAQ) par service

- Evaluer les risques infectieux de chaque service, par ordre de priorité par rapport au risque infectieux (réanimation, néonatalogie, brûlés, urgences chirurgicales);
- Préparer et sensibiliser le terrain.

a- Les prés requis : Indicateurs de structures

L'implantation d'un PAQ doit se faire sur un terrain préparé, sensibilisé [3,4]. Les services de réanimation sont particulièrement concernés par les infections nosocomiales, en particulier sur site broncho pulmonaire.

Différentes actions sont entreprises :

- Mise en place d'un système de surveillance continue des infections nosocomiales, des sites anatomiques en relation directe avec les actes médicaux de routine : Ventilation mécanique (VM) et Infections broncho-pulmonaires, Sondage Urinaire (SU) et infections urinaires, Cathétérisme veineux central (CVC) et les Bacilles Multi Résistants (BMR);
- Le recueil des données;
- * Quelles définition choisir, encore faut-il parler de la même chose : CDC, 100 recommandations, des CLIN...;
- * Quel type d'étude privilégier ? l'enquête de prévalence n'a pas de sens en réanimation ; faire des enquêtes d'incidence;
- * Mise à niveau logistique : des distributeurs de savon liquide, d'essuie-mains, de lavabos, de la stérilisation, de chariots de soins, de dispositifs pour les aspirations trachéobronchiques (manomètres, bouches, tuyaux et bloc aspiration, sondes d'aspirations à usage unique);
- * Désignation explicite d'un référent médical et para médical en matière d'hygiène;
- * Formation du personnel;
- * Conseil de service;

Ces différentes actions sont fondamentales et constituent un préalable indispensable au développement d'une démarche plus globale comme le PAQ.

b- Les indicateurs de processus

Ils concernent les pratiques médicales et paramédicales ; la rédaction des protocoles par l'équipe soignante.

c- Les indicateurs de résultats : Mode d'expression

- Taux d'attaque : /100 patients: tous les patients, patients dont la durée de séjour est ≥ 48 heures;
- Densité d'Incidence : /1000 patients exposés (ventilés, cathétérismes...);
- Densité d'incidence spécifique : /1000 jours d'exposition au risque (Ventilation mécanique, Cathétérisme, Sondage urinaire) Effet de la durée moyenne d'exposition (2 patients X 10 jours ou 10 patients X 2 jours) la précision de la mesure dépendante du nombre de cas;
- Taux d'acquisition des BMR à transmission manuportée;
- Mortalité : associée et/ou attribuable des indicateurs de qualité au niveau de chaque service doivent être peu nombreux, pertinents, d'une saisie rapide et facile.
- Les groupes de travail par service, chargés d'élaborer: les référentiels, d'identifier les dysfonctionnements et engager les actions correctives.

Ils travaillent en collaboration avec le CLIN, qui donne son avis sur : la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité des procédures.

Ceci nécessite une organisation rigoureuse : A titre d'exemple:

- * Deux médecins responsables du projet : Un médecin du CLIN et un médecin du service ;
- * Un comité de pilotage. Il associe un représentant :

- De la direction de l'établissement;
- Du CLIN ;
- De la DAMPM (sous direction des soins para-médicaux);
- Du SEMEP;
- Du service en question.

Le comité de pilotage organise des réunions trimestrielles pour évaluer l'état d'avancement du projet et résoudre certains problèmes rencontrés.

2 – La formation

La formation du personnel nécessite peu de moyens.

- * Elle doit être réalisée en interne (intra service) par des professionnels de terrain.
- * Elle est consommatrice de temps :
 - Dans sa conceptualisation (ciblage des objectifs, choix et réalisation de la méthode pédagogique) ;
 - Dans sa dispensation.
- * L'impact sur l'appropriation des procédures par les équipes est réel.

3- Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOH)

Elle est constituée par :

- * Deux médecins et 3 ou 4 infirmiers hygiénistes du SEMEP;
- * Son rôle consiste en la surveillance des IN, leurs signalisations et leurs validations, selon une démarche qui peut se faire comme décrit sur la figure 4 :

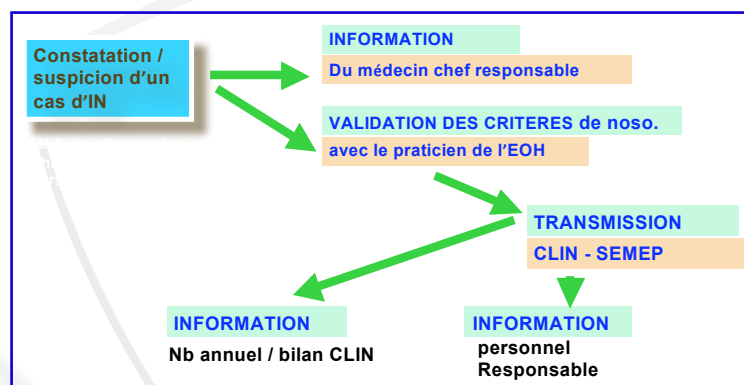


Figure 4. La validation et signalement des cas IN par l'EOH.

4- Les groupes de travail : Vigilance environnementale

Groupe de travail sur l'environnement :

- * Déchets;
- * Lingerie;
- * Stérilisation;
- * Eau.

L'ENGAGEMENT

1- L'engagement de la direction

Le niveau d'engagement de l'établissement est un facteur important. La direction doit être impliquée de manière claire, ferme et durable tant dans la mise en place de la démarche que dans son suivi. Cet engagement est particulièrement important pour la motivation et la reconnaissance des équipes d'une part, pour la mise en route du plan d'action, conséquence de PAQ.

2- L'engagement des différents acteurs

Tout processus de soin est un ensemble complexe de tâches à réaliser, faisant intervenir de multiples acteurs. Ces acteurs sont en majorité le personnel soignant, toutes catégories confondues. Mais le processus de soin dépend étroitement de l'efficacité et

de la pertinence d'autres processus. L'adhésion de l'environnement médico-technique (ex: blanchisserie, stérilisation...), logistique et administratif est indispensable.

Pour cela la collaboration :

- Du comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN);
- Du laboratoire de bactériologie;
- Du Direction des moyens et matériels (DMM);
- Du Direction des Activités Médicales et Paramédicales (DAMPM);
- De la pharmacie;
- De la lingerie.

Doit être effective.

Un PAQ amène à modifier les habitudes de travail des professionnels. Il faut donc les intégrer dès le début de la démarche et impliquer la majorité des équipes. Cette participation se fera à différents niveaux.

UNE COMMUNICATION EFFICACE

La communication autour du projet est primordiale [7]. En interne, elle doit se faire :

- Au lancement de la démarche afin d'informer les équipes de ce projet et de recruter les volontaires pour y participer;
- Tout au long de la réalisation du projet, à chaque nouvelle étape. En effet, la totalité du personnel n'est pas acteur dans la démarche. Des réunions de présentation courte de l'avancée des travaux permettent la concertation et l'adhésion de chacun;
- A la mise en place du plan d'actions correctives. Ce moment est important car il permet aux équipes de concrétiser l'aboutissement d'une telle démarche;
- Tout au long de la mise en oeuvre des actions d'amélioration afin de maintenir une dynamique d'évolution. L'information doit aussi et surtout inclure les résultats donnés par les indicateurs de suivi. C'est l'élément primordial pour motiver et responsabiliser les équipes.

La communication en externe peut répondre à différents objectifs :

- Permettre aux autres services de concrétiser une telle démarche;
- Valoriser l'expertise des équipes en matière de méthodologie et de prise en charge des infections nosocomiales.

CONCLUSION

Une démarche Assurance Qualité est une expérience enrichissante. Sa réussite dépend de nombreux facteurs dont le plus important est l'implication de tous les acteurs, depuis le directeur jusque l'agent des services hospitaliers. Sa conduite ne peut s'envisager que grâce à un management de type participatif, basé sur la reconnaissance de la compétence de chacun.

«La qualité se fait avec ceux qui en sont responsables et non malgré eux».

REFERENCES

1. Donabedian A. The definition quality approaches to its assessment. Vol 1: Exploration in quality assessment and monitoring. Health Administration Press, Michigan 1980.
2. Donabedian A. The quality of care: how can it assessed ? J Am Med Assoc. 1988; 260, 12 : 1743-1748.
3. Ruef C., Zürich, Francioli P., Lausanne. Assurance de qualité à

l'hôpital (I): l'hygiène hospitalière comme exemple et pionnier. Swiss-Noso. Mars 1997; 4, 1.

4. Ruef C., Zurich., Francioli P., Lausanne. Assurance de qualité à l'hôpital (II): tâches de l'hygiène hospitalière au plan des structures. Swiss-Noso. Juin 1997; 4, 2.

5. Francioli P., Lausanne., Ruef C., Zürich. Assurance qualité à l'Hôpital (III): missions de l'hygiène hospitalière dans le domaine de la qualité des processus. Swiss- Noso. Décembre 1997; 4, 4.

6. ANAES. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Actualisation 2003.

7. Commission d'Evaluation de la SRLF. «Tableaux de bord en réanimation», Sept 2003.