

Mise en œuvre d'un indicateur de résultat de la Qualité de la Prise en Charge des Escarres en MCO et SMR

Le score « QPCE »

Rapport final



Novembre 2023

Ce rapport est le complément de la synthèse « Mise en œuvre d'indicateurs de résultats mesurés à partir des bases de données médico-administratives : enseignements tirés de l'expérience de 2 projets ».

La HAS a financé des projets sur 2 ans (fin 2021 à fin 2023) pour documenter à partir du retour d'expérience les freins et les leviers de la mise en œuvre d'indicateurs de résultats (IR) mesurés à partir des bases de données médico-administratives (BDMA) en ville ou en établissement de santé.

Les porteurs de projet ont rédigé en fin de projet leur retour d'expérience. Les informations contenues dans le rapport n'engagent qu'eux.

Table des matières

I.	Le projet	3
	A- Contexte	3
	1. Présentation de l'Hôpital La Porte Verte	3
	2. Le pilotage de la démarche qualité et sécurité des soins par les indicateurs	3
	3. Historique de la prise en charge des escarres à l'Hôpital La Porte Verte.....	3
	B- L'organisation mise en place	4
	1. L'équipe projet.....	4
	2. Le choix de la grille d'évaluation.....	4
	3. L'adaptation du dossier patient informatisé	4
	4. La sensibilisation des professionnels	5
	5. La production et le suivi des indicateurs	5
	C- Les objectifs du projet en termes d'amélioration de la qualité et sécurité des soins .	6
	1. L'objectif initial.....	6
	2. L'évolution au cours du projet.....	6
II.	Les difficultés rencontrées	6
	A- L'appropriation du formulaire d'évaluation informatisé	6
	1. La conduite du changement	6
	2. La difficile appropriation des items de la grille	7
	3. Le manque d'ergonomie de l'outil.....	7
	B- Le turn-over des soignants	8
	C- Une démarche chronophage	8
III.	Les résultats obtenus et les perspectives	8
	A- Les dossiers patients inclus dans l'étude de l'indicateur QPCE	8
	B- L'étude de l'indicateur QPCE : que nous dit le taux de dégradation ?	10
	1. L'indicateur QPCE.....	10
	2. L'analyse du taux de dégradation.....	10
IV.	Chiffrage des coûts du projet.....	12
	A- Chiffrage des coûts réels du projet	12
	B- La justification du dépassement du coût estimé.....	13
	C- Le coût nécessaire à la pérennisation du projet.....	13
	1. L'amélioration de l'outil par la prise en compte automatique des facteurs aggravants	13
	2. La poursuite des actions de formation	13
	3. L'appropriation de cet outil de pilotage par les équipes médico-soignantes.....	13
	4. La coordination et le suivi de l'action	14
V.	Condition de généralisation à la France entière.....	14
VI.	Conclusion générale.....	15

I. Le projet

A- Contexte

1. Présentation de l'Hôpital La Porte Verte

L'Hôpital La Porte Verte est un établissement privé d'intérêt collectif (ESPIC) à orientation gériatrique, oncologique, soins palliatifs et rééducation fonctionnelle. Il dispose notamment de 110 lits de médecine gériatrique, 10 lits de médecine Cancérologie / Oncogériatrie, 81 lits de soins de suite dont 66 gériatriques et 15 à orientation oncologique, 5 places d'hôpital de jour de médecine gériatrique, 5 places de HDJ SSR gériatriques.

L'Etablissement est co-porteur de la filière gériatrique Grand Versailles et de l'Equipe mobile externe gériatrique avec le Centre Hospitalier de Versailles.

Sur le site, on trouve également 12 places d'Accueil de jour ainsi qu'une Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants.

L'Hôpital est membre du groupe associatif UNIVI qui regroupe des établissements d'hébergement pour les personnes âgées autonomes ou dépendantes et pour les personnes en situation de handicap, ainsi que des établissements sanitaires, et des services d'évaluation et d'accompagnement à domicile : SSIAD et ESA.

2. Le pilotage de la démarche qualité et sécurité des soins par les indicateurs

Depuis 2014, l'Hôpital La Porte Verte a mis en place une culture forte du pilotage de la démarche qualité et sécurité des soins par les indicateurs.

Des indicateurs internes ont été développés à partir de requêtes informatisées sur les dossiers médicaux.

En 2017, un premier indicateur interne a été créé et suivi permettant d'anticiper le résultat de l'IPAQSS « TRE » relatif à la présence ou non d'une évaluation et d'une conclusion sur le risque d'escarre. Par la suite, cet indicateur interne a été enrichi par l'inclusion du délai d'évaluation à compter de l'entrée du patient, et la présence ou non d'une deuxième évaluation dans les sept jours suivant la précédente.

En parallèle, l'hôpital a développé progressivement et suit trimestriellement une vingtaine d'indicateurs issus de la base médico-administrative sur différents aspects de la prise en charge du patient.

3. Historique de la prise en charge des escarres à l'Hôpital La Porte Verte

A la suite des travaux initiés en 2006 dans le cadre de l'EPP « Prise en charge des escarres en SSR », l'hôpital de la Porte Verte a inscrit la prise en charge des escarres comme un axe prioritaire.

Ces dernières années le projet d'établissement s'est développé avec le renforcement de la filière Plaies et Cicatrisation. L'offre de soins est désormais complète et propose : télé-expertise, avis des infirmières expertes dans les services d'hospitalisation complète, consultations médicales, consultations infirmières, hôpital de jour et relais ville/hôpital avec la coordination assurée par l'équipe mobile de gériatrie externe.

Le comité Escarres, devenu comité Plaies et cicatrisation en 2023 pour mieux rendre compte de son activité, est moteur dans l'amélioration continue de la prise en charge des plaies dans l'établissement. Il pilote cette activité, notamment grâce au suivi d'indicateurs et de résultats d'audit. Le suivi opérationnel est rendu possible par la grande implication des infirmières expertes et des soignants « ambassadeurs », relais de terrain, qu'elles forment et accompagnent tout au long de l'année.

C'est dans ce contexte que la participation à cet appel à projet s'est naturellement inscrit.

L'hôpital de la Porte Verte a déjà participé à de nombreuses actions nationales pour promouvoir la prise en charge des escarres comme par exemple la participation à Sauve ma peau.

B- L'organisation mise en place

1. L'équipe projet

Le projet a été suivi par une équipe dédiée :

- Dr Jérôme FRENKIEL, Directeur de l'information médicale et de la recherche, porteur du projet
- Denis GAVALDA, Directeur qualité et gestion des risques (jusqu'en janvier 2023)
- Laurence LAUZIER, Directrice qualité, relations avec les usagers et gestion des risques (depuis février 2023)
- Tatiana JACQUES, IDE experte plaies et cicatrisation
- Carole RENNER, IDE experte plaies et cicatrisation

2. Le choix de la grille d'évaluation

Historiquement, l'Hôpital La Porte Verte utilisait l'échelle francophone des Peupliers-Gonesse (1988), choisie en 2008 par le comité Escarres pour la clarté de ses items.

La réponse à l'appel à projet impliquait l'utilisation d'une grille reconnue. Cela a constitué la première grande étape du projet. Après évaluation, la direction médicale et la direction des soins ont opté pour la grille Braden, intégrant la notion de nutrition qui fait défaut dans la grille Norton.

Ce choix a été présenté en comité Escarres. Les membres du comité ont exprimé leurs préconisations ainsi que les points de vigilance pour un déploiement dans les meilleures conditions possibles.

3. L'adaptation du dossier patient informatisé

Une fois le choix de la grille validée, le service informatique a déployé un nouveau formulaire dans le dossier patient informatisé (Hôpital Manager HM, Softway).

Ce formulaire comprend les éléments utiles au calcul de l'indicateur. Il permet aux soignants de tracer le recueil des différents critères d'évaluation du risque d'escarre (critères de la grille Braden), le nombre d'escarres et le stade le plus avancé des escarres présentes.

Une table d'aide à la cotation est également intégrée au formulaire.

FS - FICHE ESCARRE - BRADEN_vers

FICHE ESCARRE - FORMULAIRE SOIGNANT

CLIQUEZ SUR

2 | 10 4 1/1 0 +

DATE	PERCEPTION SENSORIELLE	HUMIDITÉ	ACTIVITÉ	MOBILITÉ	NUTRITION	FRICTION ET CISAILEMENT	SCORE DE BRADEN	STADE MAX. ESCARRE	NOMBRE ESCARRE
22/01/2022 16:16	4	4	4	4	4	3	23	0	0
08/01/2022 16:41	4	4	4	3	4	3	22	0	0

PERCEPTION SENSORIELLE

1- COMPLETEMENT LIMITE

2- TRES LIMITE

3- LEGEREMENT DIMINUE

4- AUCUNE DIMINUTION

HUMIDITE

1- CONSTAMMENT MOUILLE

2- HUMIDE

3- HUMIDITE OCCASIONNELLE

4- RAREMENT HUMIDE

ACTIVITE

1- ALITE

2- AU FAUTEUIL

3- MARCHE OCCASIONNELLEMENT

4- MARCHE FREQUEMMENT

MOBILITE

1- COMPLETEMENT IMMOBILE

2- TRES LIMITE

3- LEGEREMENT LIMITE

4- AUCUNE LIMITATION

NUTRITION

1- TRES PAUVRE

2- PROBABLEMENT INADEQUATE

3- ADEQUATE

4- EXCELLENTE

FRICTION ET CISAILEMENT

1- PROBLEME PATENT

2- PROBLEME POTENTIEL

3- AUCUN PROBLEME APPARENT

STADE MAX. ESCARRE

0- ABSENCE D'ESCARRE

1- ZONE DE PRESSION ET STADE I

2- STADE IIA - PHLYCTENE / DESPDERMISATION (ABRASION)

3- STADE IIA INECROSE DERMATO-EPIDERMIQUE - BOURBONCH

4- STADE IIB INECROSE DERMATO-EPIDERMIQUE - FIBRINE

5- STADE IIC INECROSE DERMATO-EPIDERMIQUE - NECROSE

6- STADE IIA INECROSE PROFONDE SOUS-CUTANEE - BOURBONCH

7- STADE IIB INECROSE PROFONDE SOUS-CUTANEE - FIBRINE

8- STADE IIC INECROSE PROFONDE SOUS-CUTANEE - NECROSE

9- STADE IVD INECROSE PROFONDE SOUS-CUTANEE - ATTENTE OSTEOENDONEURGE

NOMBRE ESCARRE

0- ABSENCE D'ESCARRES

1- UNE ESCARRE

2- DEUX ESCARRES DISTINCTES

3- PLUS DE DEUX ESCARRES DISTINCTES

TRAITEMENT

☐ Traitement corticoide

☐ Douleur

☐ Infection locale

AUTRES FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRE A L'ENTREE

☐ Traitement anti-inflammatoire

☐ Anémie

☐ Troubles circulatoires

☐ Diabète

☐ Obésité

☐ Troubles cognitifs

☐ Aucun des risques ci-dessus

RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION INITIAL

DATE 08/01/2022

NIVEAU DE RISQUE (CRITÈRE 1) 0 - Risque bas

SCORE MAX. ESCARRE (CRITÈRE 2)

SCORE NOMBRE ESCARRE (CRITÈRE 3)

4. La sensibilisation des professionnels

Dès que les outils informatiques ont été prêts, une phase de sensibilisation des soignants à cette nouvelle grille, ainsi qu'à l'indicateur QPCE, a été mise en œuvre. Elle était un prérequis indispensable à la bonne réussite de ce projet.

Des sessions de sensibilisation ouvertes à tous les soignants ont été organisées dans un premier temps. Elles étaient animées par l'IDE experte plaies et cicatrisation et le directeur qualité et gestion des risques.

5. La production et le suivi des indicateurs

Une requête informatisée dans le dossier patient permet de recueillir les éléments nécessaires au calcul de l'indicateur :

- Date de la 1^{ère} évaluation
- Première « Perception sensorielle »
- Première « Humidité »
- Première « Activité »
- Première « Mobilité »
- Première « Nutrition »
- Première « Cisaillement »
- Première « Stade maximum d'escarre »
- Première « Nombre d'escarres »
- Première « Score Braden »
- Nombre d'évaluation
- Prescription matelas anti-escarres
- Présence fiche pansement
- Codification PMSI présence et stade escarres
- Dernière « Perception sensorielle »
- Dernière « Humidité »
- Dernière « Activité »
- Dernière « Mobilité »
- Dernière « Nutrition »
- Dernière « Cisaillement »
- Dernière « Stade maximum d'escarre »
- Dernière « Nombre d'escarres »
- Dernière « Score Braden »

L'unité d'hospitalisation, la date de début et date de fin de séjour sont également requêtés pour séquencer les indicateurs et permettre une analyse par service.

Des données sont intégrées dans le logiciel d'enquêtes et analyse de données Sphinx.

Les calculs ont été paramétrés dans le logiciel Sphinx pour générer un calcul automatique à partir de ces données. Les variables ainsi produites sont la base des indicateurs étudiés.

- Délai première évaluation
- Délai dernière évaluation avant la sortie
- Durée du séjour
- Présence du formulaire à l'entrée et à la sortie
- Variation du stade maximum d'escarre
- Variation du nombre d'escarres
- Variation du score Braden
- Qualité de la Prise en Charge des Escarres (QPCE)
- Respect délai 7 jours
- Délai entre les deux mesures

L'extraction de la requête dans Hôpital Manager et l'importation des données dans le logiciel Sphinx sont réalisées trimestriellement par la direction qualité gestion des risques.

Les indicateurs sont partagés avec les IDE expertes Plaies et cicatrisation trimestriellement pour analyse et actions le cas échéant.

C- Les objectifs du projet en termes d'amélioration de la qualité et sécurité des soins

1. L'objectif initial

Dans le dossier de projet, les objectifs suivants étaient énoncés :

- Objectiver l'efficacité des mesures de prévention des escarres ou de leur régression
- « Alimenter » l'indicateur à l'aide d'un dispositif informatisé nécessitant le moins possible d'intervention humaine et un temps purement « administratif »
- Permettre aux équipes médicales et soignantes de suivre au fil de l'eau les résultats obtenus, définir si besoin des actions et suivre leur efficacité à travers les résultats.

La fiche « indicateur » précisait que l'indicateur permettrait de quantifier le taux de non-dégradation de la situation escarre des patients, cette non-dégradation étant jugée pertinente en soi en tant qu'objectif minimum d'une prise en charge conforme aux protocoles.

Les objectifs annoncés étaient les suivants :

- Quantifier la proportion de cas où l'évolution défavorable de la situation escarre est liée à un défaut de conformité de la prise en charge
- Analyser les causes de la défaillance par l'utilisation des outils qualité
- Procéder aux actions correctives appropriées sur la pratique des soignants
- Procéder, s'il y a lieu, aux ajustements nécessaires sur les référentiels eux-mêmes

2. L'évolution au cours du projet

Dans le cadre du suivi du projet, et comme nous en avons échangé lors des réunions intermédiaires, nous avons évalué que l'outil développé ne permet pas d'objectiver une prise en charge conforme. En effet, compte tenu des causes multifactorielles d'apparition d'une escarre et notamment des facteurs intrinsèques, cet outil ne peut pas, et ne doit pas, être utilisé comme évaluation du respect des protocoles ou de l'activité des professionnels.

Les objectifs du projet de l'indicateur QPCE ont donc évolué et sont désormais :

- Quantifier la proportion de cas où l'évolution des escarres est défavorable
- Permettre aux équipes médicales et soignantes de suivre au fil de l'eau les résultats obtenus, définir si besoins des actions et suivre leur efficacité à travers les résultats.
- « Alimenter » l'indicateur à l'aide d'un dispositif informatisé nécessitant le moins possible d'intervention humaine et un temps purement « administratif ».

II. Les difficultés rencontrées

A- L'appropriation du formulaire d'évaluation informatisé

1. La conduite du changement

La première étape du projet, l'appropriation du formulaire d'évaluation informatisé « Escarres Braden », a connu au démarrage une opposition de la part des soignants. Et ce, d'autant plus que cette phase a été initiée rapidement avec un accompagnement de la conduite du changement insuffisant et des messages trop peu clairs en termes de démarche qualité.

Cette étape a été ressentie par les soignants comme imposée pour les besoins de l'appel à projet et non comme une évolution bénéfique pour la prise en charge des patients, signal contre-productif dans la démarche de culture qualité et sécurité des soins.

En conséquence, nous avons constaté dans cette première phase du projet, une baisse importante du taux de remplissage de la grille d'évaluation.

Le comité escarres a fait le choix de maintenir sa position, bien que non consensuelle, persuadé du bien-fondé de l'indicateur à développer et des bénéfices de cette évolution. Il a validé l'accompagnement de proximité par les IDE expertes Plaies et cicatrisation.

Elles sont allées à la rencontre des équipes afin de comprendre leurs difficultés et pouvoir mettre en place des actions correctrices adaptées. Entre janvier et mars 2022, elles ont rencontré tous les soignants de l'établissement (équipe et contre-équipe de tous les services, soit plus de 150 IDE et aides-soignants, lors de plus de 20 réunions). Ces réunions d'échange ont permis de présenter à nouveau l'outil aux équipes soignantes et d'échanger avec elles sur les difficultés rencontrées.

2. La difficile appropriation des items de la grille

L'échelle de gradation des items de la grille Braden est jugée peu compréhensible par les équipes soignantes. En effet, la définition donnée de chaque score engage une évaluation trop subjective et dépend de la perception du soignant évaluateur.

A titre d'exemple l'échelle relative à la perception sensorielle :

PERCEPTION SENSORIELLE

	1 - COMPLETEMENT LIMITE
	2 - TRES LIMITE
	3 - LEGEREMENT DIMINUE
	4 - AUCUNE DIMINUTION

Le comité escarres a validé l'ajout de fenêtres pop-up explicatives de chaque gradation qui s'activent avec le passage de la souris.

L'évaluation de cette évolution du formulaire a montré que peu de soignants avaient connaissance de ces fenêtres pop-up. Ceux qui en connaissaient l'existence ne trouvaient pas les explications données suffisamment claires.

Le comité escarres, devenu comité plaies et cicatrisation entre temps, a validé la mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire, représentatif de chaque pôle d'activité. Ce groupe a pour mission d'aboutir à un consensus sur les définitions des différents grades de chaque item de la grille par une quantification du scoring.

3. Le manque d'ergonomie de l'outil

La nouvelle interface du formulaire a été jugée peu intuitive par les équipes soignantes, certains éléments pour la compléter étant peu visibles à l'affichage sur l'écran.

Le service informatique a fait évoluer l'aspect visuel du formulaire en redimensionnant les onglets.

Une prescription simplifiée de soins est en cours de création. Elle permettra la planification automatique dans le plan de soins de la réévaluation de la grille.

B- Le turn-over des soignants

Le deuxième axe de difficulté mis en avant a été le turn-over important des soignants sur cette période, avec la présence au sein de l'établissement de nombreux vacataires ou intérimaires et de nouveaux arrivants. Ceux-ci n'étaient pas systématiquement informés de l'évaluation du risque d'escarres à l'entrée des patients ni de leur réévaluation tous les sept jours. De plus ce turn-over important rendait difficile la formation des soignants.

Ces éléments de formation ont été ajoutés dans le parcours d'intégration des nouveaux arrivants. Une session trimestrielle permet d'accueillir les nouveaux professionnels, mais aussi de leur transmettre le socle indispensable de la prise en charge dans notre établissement.

Dans le même ordre d'idée des mémos pockets « Les B.A BA » sont en cours de création. Ils contiennent les essentiels de la prise en charge attendue par chaque soignant.

C- Une démarche chronophage

L'évaluation et le remplissage du formulaire « Escarre Braden » est plus efficace si elle est réalisée en binôme aide-soignant et IDE. En revanche, cela n'est pas toujours possible compte-tenu de la charge de travail des soignants, dans un contexte de manque de personnel « fixe » et de nombreux nouveaux arrivants.

De plus, la nécessité d'avoir récemment vu la plaie complique la tâche d'évaluation. En effet, il n'est pas possible d'ouvrir à chaque fois les pansements pour une évaluation précise des lésions.

Pour améliorer et fiabiliser la réévaluation des grilles, il a été convenu un jour fixe dédié à la réévaluation. Celle-ci doit se faire tous les dimanches.

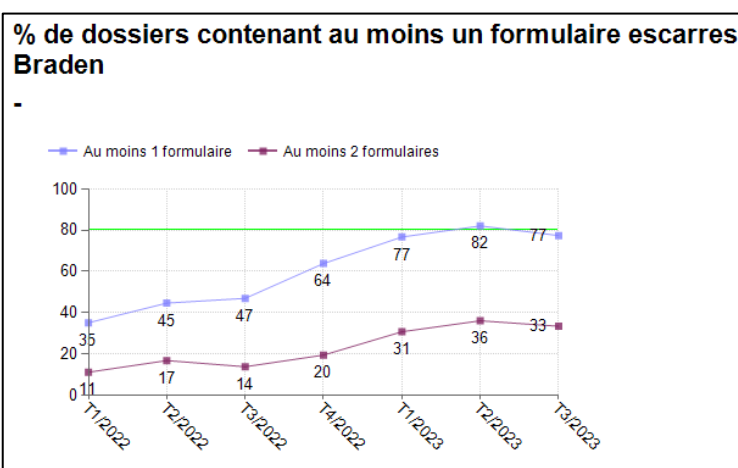
III. Les résultats obtenus et les perspectives

A- Les dossiers patients inclus dans l'étude de l'indicateur QPCE

La mise en œuvre opérationnelle de l'indicateur QPCE a eu lieu en décembre 2021. Afin de permettre une étude comparative fiable des résultats par trimestre, nous nous sommes fondés sur une analyse à compter du 1^{er} janvier 2022 jusqu'au 30 septembre 2023, pour bénéficier uniquement de trimestres « pleins ».

1312 dossiers de patients ont pu être inclus dans l'étude conformément aux critères d'inclusion.

Nous avons présenté précédemment les difficultés ayant conduit au remplissage du formulaire d'évaluation. Le travail d'accompagnement réalisé par les IDE expertes Plaies et cicatrisation a permis de faire remonter la saisie des grilles. Nous obtenons actuellement un score proche de 80% de remplissage de la première grille, en revanche le remplissage d'une deuxième grille ne se retrouve que dans 1/3 des dossiers.

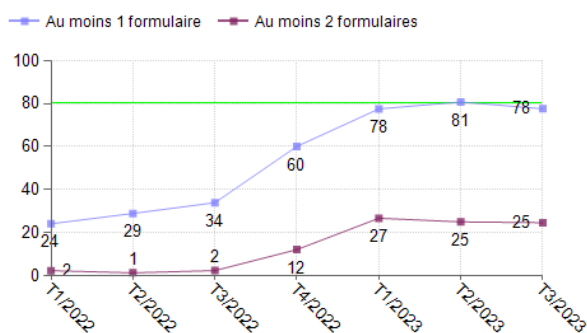


Nous observons que la durée moyenne de séjour impacte la création d'un deuxième formulaire au cours du séjour d'hospitalisation.

Le taux de création d'au moins un deuxième formulaire est très inférieur dans les services de médecine (court séjour), par rapport aux taux de création dans les services de soins médicaux de réadaptation.

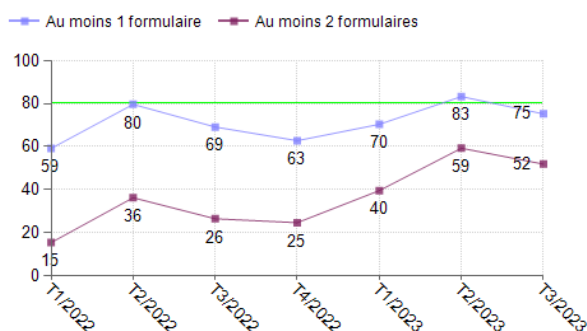
% de dossiers contenant au moins un formulaire escarres Braden

Médecine gériatrique



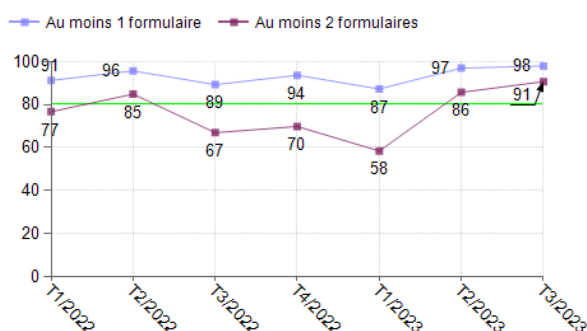
% de dossiers contenant au moins un formulaire escarres Braden

Soins de suite gériatriques



% de dossiers contenant au moins un formulaire escarres Braden

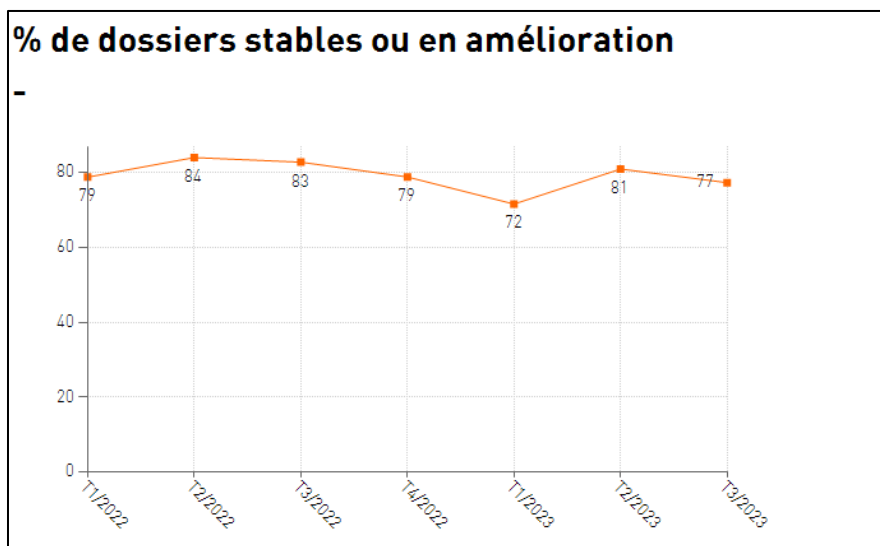
Rééducation



B- L'étude de l'indicateur QPCE : que nous dit le taux de dégradation ?

1. L'indicateur QPCE

Parmi les 1312 dossiers inclus dans l'étude projet, nous observons un taux de dossiers avec l'indicateur QPCE stable ou en amélioration proche de 80% au cours des différents trimestres.



Nous avons mené une analyse plus approfondie sur le troisième trimestre 2023 (242 dossiers inclus).

77% des dossiers montrent une stabilité ou une amélioration du score QPCE.

55 dossiers montrent un score dégradé, soit 23% des dossiers. Ce taux de dégradation est stable au cours des trimestres, variant légèrement autour de 20%.

Qualité de la Prise en Charge des Escarres

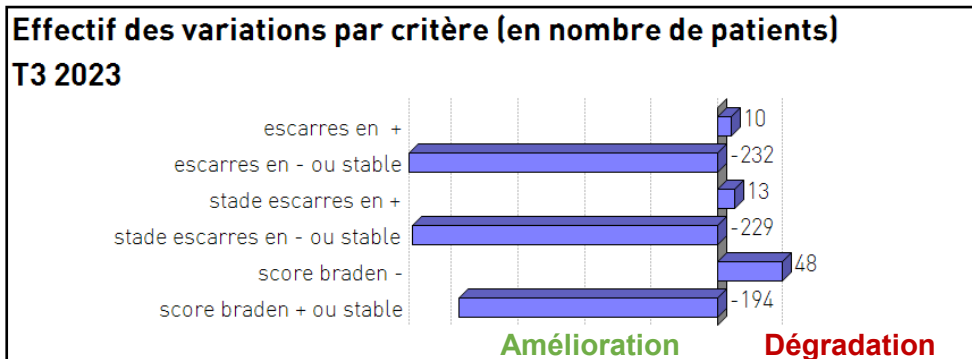
T3 2023

	Nb	
Amélioration	122	50%
Stabilité	65	27%
Dégradation	55	23%
Total	242	

2. L'analyse du taux de dégradation

Parmi ces dossiers avec un score QPCE dégradé, la majorité des scores en dégradation concernaient une aggravation du score de Braden. Elles représentent 20% des dossiers inclus dans l'analyse trimestrielle.

Les dégradations du score QPCE liées à des escarres supplémentaires acquises représentaient 4% des dossiers inclus dans cette analyse trimestrielle. Les dégradations du score QPCE liées à une aggravation du stade d'escarre représentaient 5% des dossiers inclus dans l'analyse trimestrielle.



Nous précisons qu'un même dossier peut compter plusieurs critères d'aggravation.

La dégradation du score de Braden

La dégradation du score de Braden témoigne de l'augmentation des facteurs de risque d'escarre pour le patient. Elle permet d'évaluer la nécessité d'adapter les mesures de prévention de l'apparition ou de l'aggravation d'escarre. Elle dépend de facteur intrinsèques et ne peut être mise en rapport avec une prise en charge conforme ou non.

Il nous semble intéressant d'étudier la corrélation de l'aggravation du score de Braden avec la dégradation du stade de l'escarre ainsi que du nombre d'escarres.

Les analyses menées à ce stade nous conduisent à répondre négativement à cette question. Nous ne savons cependant pas encore si nous pouvons en conclure que cela nous permet de témoigner d'une prise en charge de qualité, conforme aux protocoles. En effet, tel que nous l'avons indiqué précédemment, la subjectivité de l'évaluation du score de Braden, telle que réalisée actuellement, nous conduit encore à la prudence quant à la fiabilité des résultats.

L'augmentation du nombre ou du stade d'escarre

L'apparition d'escarre(s) supplémentaire(s) et l'aggravation du stade d'escarre témoignent quant à eux d'une dégradation de l'état clinique du patient.

L'analyse de ces critères permet en revanche d'améliorer notre compréhension de l'évolution des escarres et d'améliorer nos axes de prises en charge.

Grace aux indicateurs produits, nous pouvons cibler les dégradations du stade d'escarres et/ou les augmentations du nombre d'escarre. Ces dossiers des unités concernées feront l'objet d'une analyse approfondie et seront présentés en RMM plaies.

IV. Chiffrage des coûts du projet

La conception et la mise en œuvre de l'indicateur QPCE a mobilisé essentiellement des ressources humaines. L'établissement disposait déjà des logiciels nécessaires.

A- Chiffrage des coûts réels du projet

Mobilisation des ressources pour la réponse à l'appel à projet

Poste	Nombre de jours	Coût total
Médecin DIM	10	9 001,04
Directeur qualité et gestion des risques	10	5 101,30
Médecin référent plaies et cicatrisation	4	2 620,38
IDE experte plaies et cicatrisation	4	990,08
Coût total réponse à l'appel à projet	28	17 712,80

Mobilisation des ressources humaines pour la mise en œuvre opérationnelle du projet et le suivi

Poste	Nombre de jours	Coût total
Médecin DIM :	8	7 200,83
Service informatique :	5	1 834,86
- Paramétrage et adaptation	4	1 467,89
- Suivi de projet	1	366,97
Directeur qualité et gestion des risques :	22	11 222,83
- Paramétrage des requêtes dans le DPI	10	5 101,30
Hôpital Manager et des tables de calcul d'indicateurs dans le logiciel Sphinx		
- Production trimestrielle des indicateurs et analyse	5	2 550,65
- Audit et analyses complémentaires	4	2 040,52
- Elaboration et présentation des rapports	3	1 530,39
Médecin référent plaies et cicatrisation :	2	1 310,19
IDE expertes plaies et cicatrisation :	47	11 633,44
- Formation sensibilisation de tous les professionnels dans les services de soins	6	1 485,12
- Audits et analyses complémentaires	14	3 465,28
- Réunions de travail et de restitution	8	1 980,16
- Recherches et bibliographie	7	1 732,64
- Elaboration et présentation des rapports	12	2 970,24
Directrice des soins :	6	3 463,31
Coût total mise en œuvre opérationnelle et suivi	90	36 665,46

Le coût total du projet est de 54 378,29€, pour un coût estimé à 50 837,65€.

B- La justification du dépassement du coût estimé

Nous soulignons que nous n'avons pas fait appel à un prestataire externe pour le déploiement de ce projet. Nous nous sommes appuyés sur nos ressources internes, dont un service informatique performant et des IDE expertes Plaies et cicatrisation très impliquées qui ont porté ce projet avec beaucoup d'engagement.

Le delta entre le temps estimé et le temps réel, ainsi qu'entre les ressources humaines à impliquer dans le projet et celles réellement engagées dans le déploiement, témoigne de la complexité de la tâche et de sa sous-estimation.

Le différentiel de 7% entre le coût réel et le coût estimé s'explique donc notamment par le temps important de formation et sensibilisation des équipes soignantes dont l'ampleur n'avait pas été envisagé au moment de la réponse à l'appel à projet. Ce temps s'est néanmoins imposé compte-tenu des éléments précisés précédemment.

Par ailleurs, le temps de travail du service informatique dans l'évolution du dossier patient informatisé Hôpital Manager HM n'avait pas été pris en compte au moment de la rédaction du projet et s'est révélé indispensable.

C- Le coût nécessaire à la pérennisation du projet

1. L'amélioration de l'outil par la prise en compte automatique des facteurs aggravants

En prenant en compte le double objectif d'alimentation de l'indicateur par un dispositif informatisé nécessitant le moins possible d'intervention humaine, pour permettre aux équipes de suivre au fil de l'eau les résultats obtenus, définir si besoins des actions et suivre leur efficacité à travers les résultats, il nous apparaît indispensable de faire évoluer l'outil actuel.

En effet, les facteurs aggravants, tels que la chimiothérapie, la radiothérapie et la dénutrition chez un patient anorexique, doivent être pris en compte dans le calcul de l'indicateur QPCE pour réduire le temps d'audit et d'analyse complémentaire des dossiers.

Cette évolution nécessite du temps de paramétrage du dossier patient informatisé Hôpital Manager par le service informatique. Une phase de test devra être pilotée par les IDE expertes Plaies et cicatrisation avant le déploiement de l'outil modifié. Elle devra également s'accompagner d'un paramétrage des requêtes dans le dossier patient et du logiciel Sphinx par la direction qualité et gestion des risques.

2. La poursuite des actions de formation

Le contexte conjoncturel favorisant un grand turn-over des équipes, la formation à l'utilisation de l'outil d'évaluation en routine est un élément nécessaire et indispensable pour une utilisation optimale et le développement des solutions proposées.

3. L'appropriation de cet outil de pilotage par les équipes médico-soignantes

La production de cet indicateur n'a de sens que s'il devient un véritable outil de pilotage pour les équipes médico-soignantes.

Les résultats de l'indicateurs QPCE aux équipes par les IDE expertes Plaies et cicatrisation, accompagnées par la direction qualité et gestion des risques dans un premier temps, permettra aux équipes de comprendre le sens de l'indicateur et de le rendre utile dans leur pratique quotidienne. Si les évolutions ont été vécues initialement par les équipes comme contraintes pour les besoins de l'appel à projet (cf. difficultés rencontrées), il est primordial désormais d'intégrer cet indicateur dans la culture sécurité des soins portée par

l'établissement. La qualité doit être avant tout pragmatique et participative : l'outil doit être au service des professionnels pour améliorer la prise en charge des patients, et non l'inverse. A la lumière des difficultés rencontrées, nous souhaitons désormais poursuivre ce projet avec la participation forte des équipes médico-soignantes.

Les réunions d'échange dans chaque unité d'hospitalisation sont donc indispensables à la pérennisation du projet.

4. La coordination et le suivi de l'action

Nous estimons également à un jour par an l'implication de chaque partie prenante au pilotage de cette action : médecin DIM, service informatique, direction qualité et gestion des risques, IDE expertes Plaies et cicatrisation.

Poste	Nombre de jours	Coût total
IDE expertes plaies et cicatrisation :	22	5 445,44
- Pilotage et suivi de la phase de test	4	990,08
- Formation des professionnels à l'outil	8	1 980,16
- Analyse des résultats	1	247,52
- Audits annuels et analyse complémentaire	2	495,04
- Réunions d'échange avec les équipes	7	1 732,64
Directeur qualité et gestion des risques :	18	9 182,34
- Paramétrage des requête HM et logiciel Sphinx	5	2 550,65
- Production et analyse trimestrielle de l'indicateur QPCE	3	1 530,39
- Audit annuel et analyse complémentaire	2	1 020,26
- Réunions d'échange avec les équipes	7	3 570,91
- Suivi de projet	1	510,13
Médecin DIM :	1	900,10
Service informatique	4	1 467,88
- Paramétrage	3	1 100,91
- Suivi de projet	1	366,97
Coût total de la pérennisation du projet	45	16 995,76

V. Condition de généralisation à la France entière

Cet indicateur ne peut se généraliser qu'à la condition d'un dossier patient informatisé structuré permettant de requêter les données médico-économiques et d'un logiciel d'enquêtes et d'analyse tel que Sphinx par exemple.

La réussite d'un tel projet nécessite également l'adhésion des professionnels et un management opérationnel fort.

Nous nous sommes interrogé sur l'exigence de l'utilisation de la grille Braden pour la généralisation de cet indicateur. Il nous semble que s'il est indispensable de disposer d'une évaluation du risque d'escarre, l'utilisation de la grille Braden ne nous paraît pas exclusive.

Enfin, le projet initial prévoyait une évaluation à la sortie du patient pour mesurer l'évolution entre l'entrée et la sortie. A la lumière de cette expérimentation, il ne nous semble pas pertinent d'imposer la réalisation d'une évaluation à la sortie au bénéfice unique du calcul d'un indicateur. En effet, avec la systématisation de l'évaluation une fois par semaine le dimanche, la dernière grille aura été complétée au plus tard cinq jours avant la sortie. Si l'état d'une escarre peut se dégrader en cinq jours, cette évolution aura un impact clinique général et sera

prise en compte par l'équipe médico-soignante. Une nouvelle évaluation pourra alors être réalisée si nécessaire.

Nous avons envisagé au cours du projet de faire une check-list de sortie soignante qui intégrerait la réalisation d'une grille d'évaluation à la sortie. Il nous apparaît désormais plus pertinent de concentrer les efforts sur la réalisation d'une grille par semaine et de calculer l'indicateur sur la variation entre la première et la dernière grille.

Cette option nous semble avoir davantage de sens et de cohérence avec la qualité et sécurité des soins.

VI. Conclusion générale

Le score QPCE, indicateur expérimental de résultat, avait été conçu à l'origine pour évaluer la qualité potentielle de la prise en charge et de la prévention des escarres au cours de l'hospitalisation complète (MCO, SSR), sur la base de l'évolution d'un indicateur synthétique et quantitatif. Le principe était d'évaluer de manière systématique la situation initiale du patient, en termes de risque d'escarres et d'escarres constituées, et l'évolution de sa situation par la répétition de la mesure dans le temps. L'hypothèse était que, notamment en cas d'aggravation du score, la qualité des soins pourrait être questionnée par opposition à d'autres causes possibles, telles que l'évolution naturelle de la maladie ou la survenue de facteurs favorisants.

Le caractère expérimental de ce type d'indicateur tenait à la fois à l'évaluation de la possibilité, en situation opérationnelle, de discriminer les causes d'une évolution négative, et à la faisabilité d'un déploiement généralisé et pérenne.

Le premier résultat de cette expérimentation est le constat selon lequel il n'a pas été possible de discriminer en routine, parmi les causes possibles d'une évolution négative, celles en lien avec la conformité de la prise en charge médicale et soignante. Ce résultat ne contredit pas les réserves théoriques inhérentes au principe même d'un indicateur de résultat. En revanche, et à la faveur d'une reformulation des objectifs en cours d'expérimentation, l'indicateur s'est révélé contributif dans les finalités suivantes :

- Aider les équipes soignantes dans le suivi de la situation escarres des patients et les ajustements thérapeutiques ;
- Permettre un suivi global et rétrospectif notamment dans les finalités d'observer la prévalence de la pathologie et son évolution
- Être en capacité d'observer une évolution anormale de cette prévalence

Le second résultat de l'expérimentation porte sur les conditions de mise en œuvre, qu'il s'agisse des aspects informatiques, organisationnels mais aussi de l'acceptabilité et de l'appropriation par les acteurs contribuant à la production des données. En résumé, les retours d'expérience sont les suivants :

- L'engagement explicite de l'Institution, initialement et dans la durée, est indispensable ;
- Un portage de la démarche (communication, accompagnement) plus fort qu'initialement prévu auprès des équipes soignantes s'est révélé nécessaire, en insistant sur le sens de ce suivi, et sur l'accompagnement individuel à la pratique du recueil des indicateurs ;
- L'appropriation de la grille d'évaluation du risque ne va pas de soi et nécessite un accompagnement fort, ainsi qu'une clarification et une normalisation dans l'interprétation des items ;
- Le nombre des personnes à accompagner et le turn-over sont des difficultés qu'il y a lieu d'anticiper ;
- Les réévaluations se révélant chronophages, il y a lieu de les organiser. Un rythme hebdomadaire (calendaire) a été retenu ;

- Le service informatique doit être en capacité d'élaborer et de maintenir une interface dédiée à la production de cet indicateur, et être réactif aux ajustements demandés ;
- Une revue régulière de l'indicateur, de préférence dans le cadre d'un comité dédié, est recommandée, ainsi qu'une communication régulière auprès des équipes. Notamment, ces revues permettent de progresser dans la compréhension de cette pathologie tout comme dans la qualité et l'efficacité de leur prise en charge.

Au total, l'expérience est considérée comme positive en tant que contribuant à la démarche de qualité et sécurité des soins, moyennant ajustement de ses finalités initiales pour contourner la question de l'imputabilité des dégradations cliniques. Le portage institutionnel, organisationnel et informatique n'est pas anodin et doit être anticipé, moyennant quoi la démarche est considérée comme reproductible dans le contexte d'autres établissements. L'éventuelle généralisation doit intégrer le niveau de bénéfice attendu en regard d'une mobilisation de ressources significative, ainsi qu'en termes de faisabilité pour toute catégorie d'établissement.

En tout état de cause, la démarche a été pérennisée au sein de l'Hôpital La Porte Verte.