

**L'exactitude pour diagnostiquer les
réactions humaines :
recommandations essentielles dont on doit
tenir compte lorsque l'on veut utiliser les
classifications infirmières dans les systèmes
informatiques de santé**

M.Th. CELIS-GERADIN Présidente de l'AFEDI

**Maître- Assistant HELHO/Tournai
et CPSI /Bruxelles**

Coût des prestations de soins

- Le recours le plus fréquent à des actions infirmières spécifiques se traduit-il par une meilleure prévention, une réduction des complications ou une amélioration de la santé et du bien-être ?

Résultats de soins observés chez les personnes soignées

- Existe - t'il des actions infirmières qui soient aussi efficaces, moins onéreuses que les interventions d'autres professionnels de la santé ?

- Dans un domaine où à la fois la limitation des coûts et la pratique fondée sur des **données probantes** constituent des objectifs principaux des cadres infirmiers il demeure essentiel de **classifier, de clarifier et de documenter** des expériences nouvelles qui concernent les soins infirmiers

Contribution des soins infirmiers

- Bien que le coût des interventions infirmières représente une part significative des dépenses hospitalières, il y a encore très peu d'analyses quantitatives sur la contribution des infirmières* dans l'ensemble des résultats en soins de la personne soignée.

Contribution des soins infirmiers

- Les soins infirmiers ne sont toujours pas identifiés comme **une activité génératrice de revenus** pour un hôpital. Les soins infirmiers étant **peu évalués et donc peu analysés**, leur incidence sur les résultats ainsi que les bénéfices des anamnèses et des interventions infirmières ne sont pas quantifiés

Intérêt des classifications

- Des terminologies telles que celle des diagnostics infirmiers NANDA-I, la classification des interventions (NIC) et des résultats (NOC) utilisés en concomitance, constitue le meilleur moyen de répondre aux questions de sécurité, d'efficacité et de rapport coût-efficacité de la pratique des soins infirmiers auprès des personnes soignées.

Utilisation des classifications

- L'inclusion des **diagnostics infirmiers (D.I.)** conjointement à la classification des **interventions (NIC)** et à la classification des **résultats (NOC)** de soins infirmiers dans le dossier de soins électronique fournit un moyen exhaustif de saisir la contribution propre aux soins infirmiers dans un format cohérent et quantifiable.

Efficiency des soins infirmiers

- Pour que les dossiers de santé informatisés reflètent véritablement la totalité des soins fournis par les professionnels de la santé et leur efficacité, ils doivent inclure les données infirmières qui rendent compte de la démarche en soins infirmiers

Nommer le problème

- Il faut d'abord que les **problèmes** ou les réactions humaines aux problèmes de santé **soient nommés**, enregistrés afin de pouvoir établir un lien avec les interventions et les résultats ; cette démarche est facilitée par les **classifications en soins infirmiers**

Buts de l'exposé

- Expliquer l'importance de porter attention à l'exactitude du diagnostic infirmier dans tous les projets utilisant les classifications diagnostics , les interventions et les résultats en soins infirmiers
- Suggérer des stratégies pour traiter l'exactitude

But des classifications

- Fournir un cadre de référence pour la pratique des soins, ainsi qu'un langage standardisé pour l'expression du jugement clinique, la documentation et l'informatisation des soins
- Les taxonomies structurent la pensée et la prise de décisions tout en facilitant la mémorisation, ainsi que la communication à propos des soins

Postulats et évidence

- Les diagnostics infirmiers sont basés sur l'interprétation des données
- Les recherches des 4 dernières décennies démontrent une grande variation dans l'exactitude
- L'exactitude devrait être une sérieuse préoccupation avec ou sans l'utilisation des diagnostics infirmiers

Entretien d'anamnèse

- Discussion entre l'infirmière et la personne soignée concernant ses habitudes de vie, sa conception de la santé et de ses attentes vis-à-vis de l'hospitalisation. Cette étape est primordiale pour **établir le projet de soins.**

Données valides et fiables

- Pour obtenir les données valides et fiables menant à des interprétations exactes, les infirmières doivent identifier et **valider la signification des données récoltées avec la personne soignée et la famille**. Ceci requiert d'excellentes relations avec les personnes soignées combinées aux compétences techniques associées à l'anamnèse.

Données valides et fiables

- Enregistrer l'état de la personne soignée en utilisant les indicateurs de résultats (NOC) aide à choisir le diagnostic infirmier le plus approprié et obtenir ainsi le degré d'exactitude le plus élevé.

Effacité et efficacité

- Choisir dans les **résultats (NOC)** sélectionnés les indicateurs que nous voulons améliorer pour formuler un **objectif individualisé**, centré sur la personne soignée et **si possible négocié avec elle**. Sans cela, nous sommes incapables de prouver l'efficacité et encore moins l'efficacité de nos interventions

Exactitude des réactions humaines

- Une hypothèse de diagnostic infirmier est abandonnée **quand la personne soignée refuse une intervention face à ce problème.** Il paraît inutile et irrespectueux de planifier des interventions qui iront à l'encontre des désirs et des décisions de la personne. Cela relève du **jugement éthique.**

Effficacité

- Reprendre les résultats sélectionnés et évaluer la progression grâce aux indicateurs permet l'analyse **de l'efficacité** des soins infirmiers

Exactitude du raisonnement

- *Réfléchir au raisonnement pour déterminer si:*
 1. la participation de la personne soignée dans la démarche a atteint un niveau maximal
 2. l'information est exacte et complète
 3. les suppositions ont été vérifiées
 4. les conclusions sont basées sur des faits (preuve) plutôt que sur des hypothèses
 5. conclusions alternatives, idées et solutions ont été examinées

R.ALFARO

- Votre capacité à focaliser clairement et rapidement votre raisonnement pour atteindre les résultats dont vous avez besoin peut faire la différence entre:

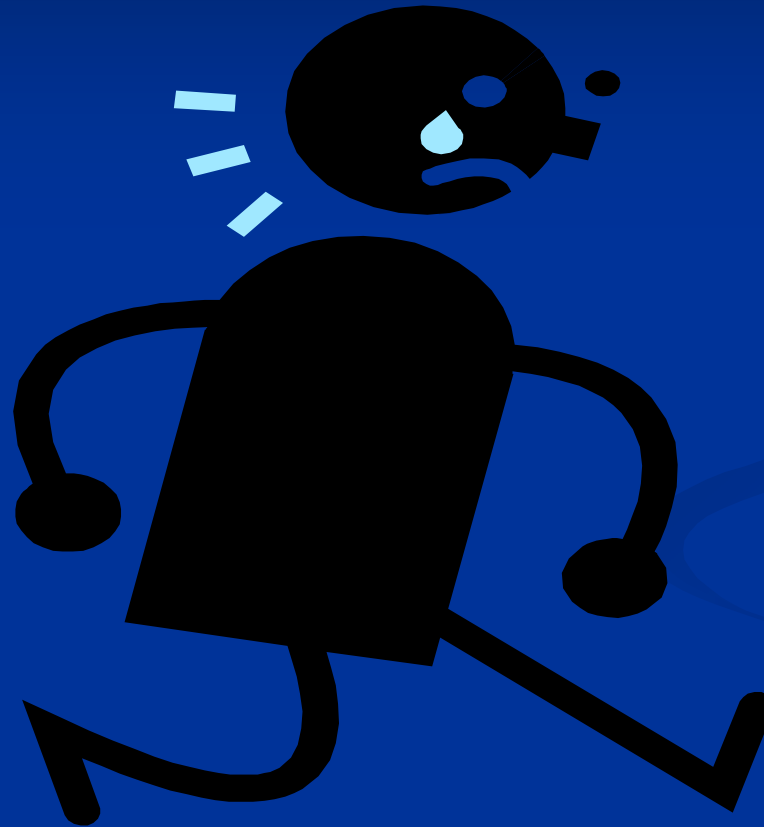
R.ALFARO

Vous réussissez



HIT@HealthCare October 2008
M.TH CELIS-GERADIN

ou vous échouez



HIT@HealthCare October 2008
M.TH CELIS-GERADIN

La complexité des réponses humaines.

- Le manque d'attention aggrave le problème.
- Le manque d'exactitude n'est pas acceptable.
- Un bas niveau d'exactitude contribue:
 - ✓ à faire du tort aux personnes soignées et aux familles.
 - ✓ à gaspiller du temps et de l'énergie.
 - ✓ à l'absence de résultat positif.
 - ✓ à l'insatisfaction de la personne soignée et de la famille.

La taille unique ne va pas à tout le monde !

Les infirmières soignent des personnes dont les cas sortent des recettes fournies dans les livres de référence, les plans standards ou les logiciels.

Il est nécessaire d'utiliser d'autres modes de raisonnement afin de trouver des explications alternatives et des interventions créatives. C'est ce qu'on appelle l'individualisation.

Pourquoi ces recommandations ?

- Des recherches probantes ont démontré une large variance concernant l'interprétation des données (Lunney 2001)
- Catégories des facteurs d'influence:
 1. la nature de la tâche diagnostique
 2. le contexte situationnel
 3. la personne qui fait le diagnostic

Nature de l'activité diagnostique

- La quantité de données sur la personne soignée.
- Les types de données.
- Les données disponibles.
- Les dimensions de l'être humain: physiques, psychosociales
- Le nombre et le type de problèmes.
- L'interaction entre l'expérience de l'infirmière et ses connaissances .

La nature de l'activité diagnostique dépend :

- de la pertinence des données
 - ✓ élevée, modérée ou faible.
 - ✓ Une grande quantité de données peu pertinentes diminue l'exactitude.
- de la quantité des données
 - ✓ le nombre de signes qui sont utilisés pour l'inférence/ le diagnostic.
- la complexité:
 - ✓ + c'est complexe et – c'est exact.

DEGRE D'EXACTITUDE D'UN DIAGNOSTIC INFIRMIER

VALEUR CRITERE

- +5 Le diagnostic est compatible avec tous les indices, appuyé par des indices très pertinents et précis
- +4 Le diagnostic est compatible avec la plupart ou avec tous les indices, appuyé par des indices pertinents mais ne reflète pas un ou quelques indices très pertinents
- +3 Le diagnostic est compatible avec beaucoup d'indices mais ne reflète pas la spécificité des indices disponibles
- +2 Le diagnostic est suggéré par quelques indices mais il n'y a pas suffisamment d'indices pertinents du diagnostic et/ou le diagnostic n'est pas prioritaire par rapport à d'autres diagnostics
- +1 Le diagnostic est suggéré par un ou quelques indices seulement
- 0 Le diagnostic n'est appuyé par aucun indice.
Aucun diagnostic n'est formulé alors qu'il y a suffisamment d'indices pour le poser.
Impossible de donner un score
- -1 Le diagnostic est suggéré par plus d'un indice mais devrait être infirmé à cause de la présence d'au moins deux signes contraires

LUNNEY M. Critical Thinking & Nursing Diagnosis NANDA 2001 p249
Traduction par CELIS M.TH et COOPMAN C

Le contexte situationnel

- Type de service

 - Mission du service et objectifs.

 - Niveaux d'acuité.

 - Ratio infirmière – personnes soignées

- Ressources

 - Présence d'un modèle en soins infirmiers

Le contexte situationnel (suite)

- Les politiques et les procédures
- Les attentes et les besoins par rapport au diagnostic infirmier
- Le système de soutien à la collaboration
- La trame de recueil des données (modèle conceptuel) et les exigences liées à ce recueil
- Utilisation des D.I., interventions et résultats infirmiers.
 - ✓ Exactitude basse sans l'utilisation des 3 classifications .
(Etude pilote de LUNNEY & al 2004).

Qualités de l'infirmière qui diagnostique

■ Interpersonnelles

Relations positives avec les personnes soignées et les familles.

Collaboration avec les utilisateurs et les responsables.

■ Techniques

Capacités à mener un entretien et effectuer un examen physique.

■ Intellectuelles

Quantité et type de connaissances.

Développement et utilisation du processus de pensée.

Implications

- L'implantation de l'enregistrement électronique des données de santé fournit une quantité de données pour décrire les soins infirmiers
- Les développeurs et les utilisateurs doivent:
 - ✓ assumer la responsabilité de l'exactitude.
 - ✓ mesurer l'exactitude.
 - ✓ promouvoir l'exactitude.

Stratégies pour les développeurs de NNN

- Promouvoir l'exactitude comme base de l'utilisation des 3 classifications :
 - ✓ commission de recherche.
 - ✓ développement de méthodes standardisées.
- Débattre des problèmes d'exactitude dans les conférences concernant ce sujet

Stratégies pour les utilisateurs des NNN

Vérifier la présence de facteurs qui encouragent:

- ✓ le professionnalisme.
- ✓ l'autonomie.
- ✓ la prise de décision complexe.
- ✓ la collaboration dans la pratique.
- ✓ le partenariat infirmière – personne soignée.
- ✓ le temps pour penser et réfléchir.
- ✓ la pratique basée sur les données probantes.

EBN / Données probantes

- Des interprétations exactes basées sur les **données probantes** (Evidence based Nursing) doivent être la base des soins infirmiers avec ou sans l'utilisation des classifications

Données probantes

- L'Evidence-based Practice (EBP ou pratique basée sur les preuves) commence par un **jugement clinique exact à propos des réponses humaines**, car de tels jugements déterminent les interventions qui en découlent et auront donc des effets significatifs sur les résultats pour cette personne soignée

Evidence-based practice

- Les infirmières qui travaillent auprès des gens doivent récolter des informations pertinentes (signes pour interpréter ou diagnostiquer) grâce à l'utilisation de compétences techniques et relationnelles et dégager le sens de cette information grâce à des connaissances et une pensée critique dans des contextes spécifiques avec des patients spécifiques. Il s'agit essentiellement d'une problématique qui peut être résolue grâce à l'evidence-based practice (EBP).

Evidence-based Nursing model

- LEVIN R.F., LUNNEY M.,KRAINOVICH-MILLER proposent un modèle (Evidence – based Nursing Model) qui emprunte l’approche de l’evidence–based-médecine

Les cinq étapes du processus de Sackett et al

- 1. Poser des questions cliniques pour lesquelles des réponses sont disponibles dans la recherche et dans la littérature
- 2. Trouver la meilleure preuve pour répondre aux questions cliniques
- 3. Apprécier la validité de cette preuve pour soutenir les réponses aux questions cliniques
- 4. Intégrer la preuve à l'expertise clinique et aux préférences des personnes soignées
- 5. Evaluer l'efficacité de mener à bien les quatre premières étapes

- « Nous sommes arrivés à un point où la crédibilité des professionnels de santé sera jugée par la mise en application de pratiques basées sur la meilleure et la plus récente preuve issue des études scientifiques, associée avec une expertise clinique, **une évaluation pointue et du respect pour les valeurs et les préférences de la personne soignée**»

MELNYK & FINEOUT-OVERHOLT, 2005, p.21

- « Nous sommes arrivés à un point où la crédibilité des professionnels de santé sera jugée par la mise en application de pratiques basées sur la meilleure et la plus récente preuve issue des études scientifiques, associée avec une expertise clinique, une évaluation pointue et du respect pour les valeurs et les préférences du patient. (Melnik & Fineout-Overholt, 2005, p.21)

Stratégies pour les utilisateurs des NNN

■ Promouvoir:

- ✓ la tolérance de l'incertitude.
- ✓ le partenariat infirmière- personne soignée.
- ✓ la pensée critique.
- ✓ l'utilisation de données probantes.

Stratégies pour les utilisateurs des NNN

- Développer et tester des outils d'aide à la décision:
 - ✓ algorithme.
 - ✓ arbre décisionnel.
 - ✓ protocoles et recommandations
 - ✓ les guidelines de bonnes pratiques
 - ✓ les itinéraires cliniques

Les itinéraires cliniques

- « Les itinéraires cliniques ne sont pas synonymes d'une organisation centrée sur le patient. Ils sont un outil. Leur succès nécessite cependant une **vision centrée sur le patient**. Lorsque l'intérêt professionnel personnel ou les préoccupations de l'organisation l'emportent sur l'intérêt du patient, un itinéraire clinique n'est guère utile et n'a guère de chances de réussir. »

(Que sont les Itinéraires cliniques ? Site web NKP :Netwerk Klinische Paden, 2001CZV- KULeuven)

Stratégies pour les utilisateurs des NNN

- Procurer les ressources:
 - ✓ les livres de classification.
 - ✓ les experts cliniques.
 - ✓ la formation
 - ✓ les articles de recherche, l'accès aux banques de données probantes

Stratégies pour les utilisateurs des NNN

- Étudier les effets des niveaux d'exactitude (élevé ou bas) sur les résultats chez les personnes soignées.
- Développer l'informatisation du dossier pour soutenir les recherches sur l'exactitude du diagnostic, en utilisant l'échelle de LUNNEY par exemple
- Fournir du feed-back aux infirmières :
 - ✓ sur les progrès individuels des personnes soignées
 - ✓ sur les résultats des études.
- Valoriser l'exactitude diagnostique.

- Il n'y a pas de raison pour que le dossier patient informatisé ne puisse améliorer la démarche clinique de l'infirmière par un gain de temps et un enrichissement des données infirmières.

La taille unique ne va pas à tout le monde !

- Dans certains systèmes informatiques, on a tendance à réduire les soins infirmiers à une liste automatisée de tâches générées par des plans de soins standardisés. Cette approche réductionniste des soins infirmiers professionnels n'est ni cliniquement sûre, ni commercialement rentable car elle ne tient pas compte des besoins individuels des personnes soignées.

- D'un point de vue clinique, un système mal planifié et sans visée professionnelle (définie par un modèle en soins infirmiers) réduit les soins infirmiers à une liste de tâches générées par des plans de soins qui ignorent les besoins des personnes et ne constituent **qu'un retour en arrière dans le développement de soins centrés sur le personne soignée.**

Nécessité du modèle en soins infirmiers

- D'un point de vue clinique, un système mal planifié et sans visée professionnelle, à savoir un modèle en soins infirmiers, réduit les soins infirmiers à une liste de tâches générées par des plans de soins qui ignorent les besoins des personnes et ne constituent qu'un retour en arrière dans le développement de soins centrés sur la personne.

En conclusion

- Lors des journées d'Etude européennes de l'AFEDI à Annecy (2004), L. MATHIEU nous rappelait que le but des classifications infirmières est de « structurer intelligemment le savoir infirmier afin que celui-ci soit utilisé de la meilleure manière possible au **bénéfice du bien-être de la personne soignée** ».

- « Nous devons en premier lieu garder à l'esprit que ce qui constitue l'essence même du diagnostic infirmier, ce n'est pas le nombre d'actes ni la terminologie utilisée pour nommer celui-ci, c'est le souci de prendre soin, le regard porté sur la singularité des réactions humaines de la personne soignée. Ces réactions sont la cible même sur laquelle va s'exercer le jugement clinique » (H.SYLVAIN)

Excellence des soins infirmiers

- Dispensation de soins par l'infirmière dépassant le niveau minimal de qualité et de sécurité

L'excellence des soins infirmiers s'attache au caractère unique de l'être humain avec une personnalisation de ses points forts et de ses besoins. (RUBENFELD G. SCHEFFER B)

Références bibliographiques 1

- ALFARO-LEFEVRE R : Critical Thinking and Clinical Judgment:A Practical Approach, 3rd Ed. 2004
- ALFARO-LEFEVRE R :Applying Nursing Process: A Tool For Critical Thinking 6th Ed. 2005
- LUNNEY M. « Accuracy of Diagnosing Human Responses: Mandate for NANDA, NOC and NIC » NANDA International 2006 Conference” Electronic Use of Clinical Nursing Data”,Phildelphia,march 15-18 ,2006
- NANDA International AFEDI et AQCSI « Diagnostics infirmiers. Définitions et classification 2007-2008 Masson 2008, 396 p.

Références bibliographiques 2

- Mc CLOSKEY J., BULECHEK G. « Nursing Interventions Classification» Traduction française par DEDOUT CH. « Classification des interventions de soins infirmiers. CISI. NIC Masson 2000 ,755p
- Mc CLOSKEY –DOCHTERMAN J., BULECHEK G. « Nursing Interventions Classification» NIC Fourth Edition Mosby 2004, 1062p
- JOHNSON M., MAAS M. «Nursing Outcomes Classification » Traduction française par Traduction française par l'ANFIIDE et l'AFEDI « Classification des résultats de soins infirmiers CRSI. NOC » Masson 1999, 386p
- KURASHIMA S.,KURIKO K.,TOYABE S. and AKAZAWA K. « Accuracy and Efficiency of Computer- Aided Nursing diagnosis » International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, Volume19,N° 3,July-September ,2008 pp. 95-101

Références bibliographiques 3

- LEVIN R.F., LUNNEY M.,KRAINOVICH-MILLER B., « Improving Diagnostic Accuracy Using an Evidence-Based Nursing Model »
International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, Volume 15, N° 4, October-December, 2004. pp 114-122.
- MELNYK B. M., FINEOUT-OVERHOLT Eds « Evidence-based practice in nursing and healthcare. A guide to best practice » Philadelphia : Lippincott Willaims & Wilkins .2005, p.21
- MOORHEAD S., JOHNSON M., MAAS M. «Nursing Outcomes Classification » NOC » IOWA Outcomes Project . Third Edition Mosby 2004
- RUBENFELD G. SCHEFFER B. « Raisonement critique en soins infirmiers .Guide d'apprentissage » Traduction de la 1° édition par C.DEBOUT. Col Savoir et Santé. De Boeck Université 1999