Congrès de l'ASI
19.05.2017
Salle Orione

Implantation de l'évaluation clinique dans une unité de médecine interne au CHUV

L. Guesmia, ICLS & cheffe de projet au MITH,
Inf. anesthésiste, MScN
Hôpital de Beaumont, Département de médecine interne,
CHUV, Lausanne

Pourquoi un projet sur l'évaluation clinique ?

- Depuis 2012, les écoles d'infirmières HES ont intégré l'évaluation clinique dans leur programme de formation Bachelor
- La Direction des Soins Infirmiers du CHUV (DSO) ainsi qu'une infirmière cheffe de service (ICS) de médecine interne (unité du MITH) avaient la volonté d'intégrer un projet sur l'évaluation clinique
- Ce projet a été accepté par le comité de direction du Service de Médecine Interne (SMI) du CHUV
- Depuis 2013, tous les praticiens formateurs (PF) ainsi que les infirmiers (ID) des soins continus (=soins intermédiaires) du CHUV sont également formés à l'évaluation clinique par l'intermédiaire du Centre des Formations du CHUV (CFor)
- Et finalement ce projet s'intègre dans le plan stratégique du CHUV 2014-2018 qui est : *« le savoir au service du patient »* avec ses 3 missions qui sont : les soins, la formation et la recherche

Naissance du projet

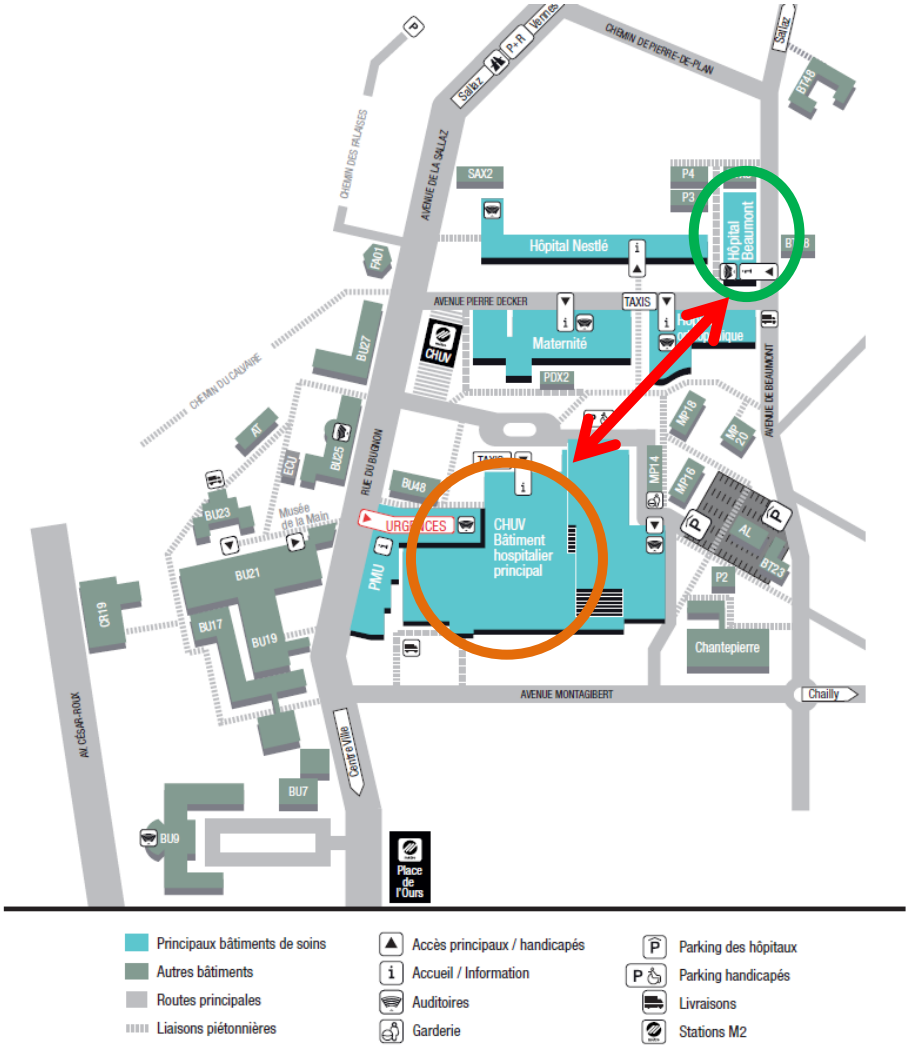
- Réflexion et lancement d'un projet sur l'évaluation clinique en octobre 2014 avec comme ambition principale d'augmenter les compétences infirmières au MITH

- Contexte et ressources spécifiques du MITH :
  - Ouverture du MITH en octobre 2013 au CHUV dans le bâtiment principal (BH)
  - Déménagement à l'hôpital de Beaumont en juin 2014
  - Unité de 21 lits de médecine interne aigüe
  - Unité située dans un bâtiment externe, à l'hôpital de Beaumont (BMT)
  - A l'ouverture de l'unité, 80% de l'équipe soignante avait < 1année d'expérience professionnelle
  - Pas d'équipe médicale sur place à BMT de 18h à 8h (situé à 8 min environ du BH)
  - Le MITH est une *« unité pilote »* pour l'enseignement médico-infirmier

canton de vaud

CHUV

Plan de la cité hospitalière CHUV



canton de vaud

CHUV

Projet ECM

Le projet se nomme **ECM** = **é**valuation **c**linique infirmière au ***M***ITH

- L'ECM est composé de **3 éléments** distincts :
  - Évaluation clinique infirmière
  - *« Tour du lit »*
  - Auscultation pulmonaire

→ Changement de pratique avec la mise en place de l'auscultation pulmonaire réalisée par des infirmières dans une unité qui n'est pas une unité de soins aigus…

Constats pour l'implantation de l'ECM

↗ compétences infirmières en …

Evaluation clinique, *« tour du lit »* et auscultation pulmonaire

Positionnement infirmier (développement du leadership)

Communication et collaboration interprofessionnelle

ECM… quels avantages ?

Bénéfices attendus

- Pour les patients :
  - ↑ qualité et sécurité des soins
- Pour les infirmiers :
  - ↑ compétences (complexification des situations de soins)
  - ↑ qualité des transmissions infirmières et interprofessionnelles
  - ↑ sécurité et satisfaction
  - ↑ collaboration et communication interprofessionnelle
- Pour les médecins :
  - ↑ collaboration et communication interprofessionnelle
- Pour l'institution :
  - ↑ qualité et sécurité des soins

L'évaluation clinique c'est …

- Pas de consensus sur sa définition (Fennessey & Wittmann-Price, 2011)
- Concordance avec l'utilisation infirmière d'une démarche de soins (Chapados, 2009; Fennessey & Wittmann-Price, 2011)
- C'est un processus complexe qui nécessite un jugement clinique infirmier, permettant de discerner et d'interpréter les différents résultats obtenus (Boursin & Maillard-Acker, 2013; Chapados, 2009; Voyer et al., 2014)
- Elle est composée d'une collecte de données et de son analyse, son interprétation, une planification et une mise en œuvre d'interventions pour atteindre les objectifs définis (Brûlé et al., 2002; Chapados, 2009)

Le « *tour du lit* » …

- Le terme de *« tour du lit »* est évoqué dans les domaines tels que les soins intensifs, l'anesthésie ou les urgences, lieux de soins où l'évolution de l'état de santé des patients est potentiellement rapide et peut décompenser très brusquement (Terraneo, Seferdjeli, & Diby, 2010)

- C'est une observation globale systématique du patient et son environnement direct qui permet d'examiner la personne soignée, son équipement et ses traitements, qui est pratiqué dans les domaines de soins aigus (Terraneo et al., 2010)

- La pratique du *« tour du lit »* a été instaurée afin de bénéficier d'un processus qui permet une première compréhension stratégique globale de la situation de soins (Deitrick, Baker, Paxton, Flores, & Swavely, 2012; Terraneo et al., 2010)

Leila Guesmia, ICLS
MITH - BMT 06/ 613
+41(21)314 21 02

Tour du lit

C'est une observation :

- du patient
- de son traitement
- de son équipement
- dans son environnement

A faire :

- à chaque horaire de travail
- à chaque reprise (après le repas…)
- à chaque examen (transfert du patient)
- à chaque transfert ou entrée

Le point de départ du tour du lit est → la tête puis va jusqu'aux pieds.

Les systèmes :

a) Neurologique
b) Cardiaque/hémodynamique
c) Pulmonaire
d) Digestif
e) Rénal
f) Cutané
g) Psychologique

L'auscultation pulmonaire « *infirmière* »

- L'auscultation pulmonaire réalisé par les infirmières est peu utilisée dans la pratique quotidienne, malgré le fait que ce soit un élément important de l'examen clinique de la fonction respiratoire (Delmas & Tambini, 2014; Ferns & West, 2008)
- Elle ne fait pas partie des standards de prise en charge pour la profession infirmière et pourtant, cela semble essentiel pour assurer un suivi clinique de bonne qualité et détecter la survenue de modifications de la fonction respiratoire (Ferns & West, 2008)
- Cela permet également de documenter et proposer des actions adaptées avec le médecin en charge du patient (Baid, 2006; Delmas & Tambini, 2014; Simpson, 2005)
- L'évaluation de la fonction respiratoire permet aux infirmières de réduire ou de prévoir les évènements indésirables (Considine, 2005; Simpson, 2005) et d'améliorer l'évaluation globale des patients (Ferns, 2007; Moore, 2007)
- Cette tâche est plutôt d'ordre médical bien qu'elle fasse partie des diverses évolutions de la pratique pour tous les professionnels de santé et s'effectue à présent par des infirmières (Delmas & Tambini, 2014; Ferns, 2007)

Objectifs de l'ECM

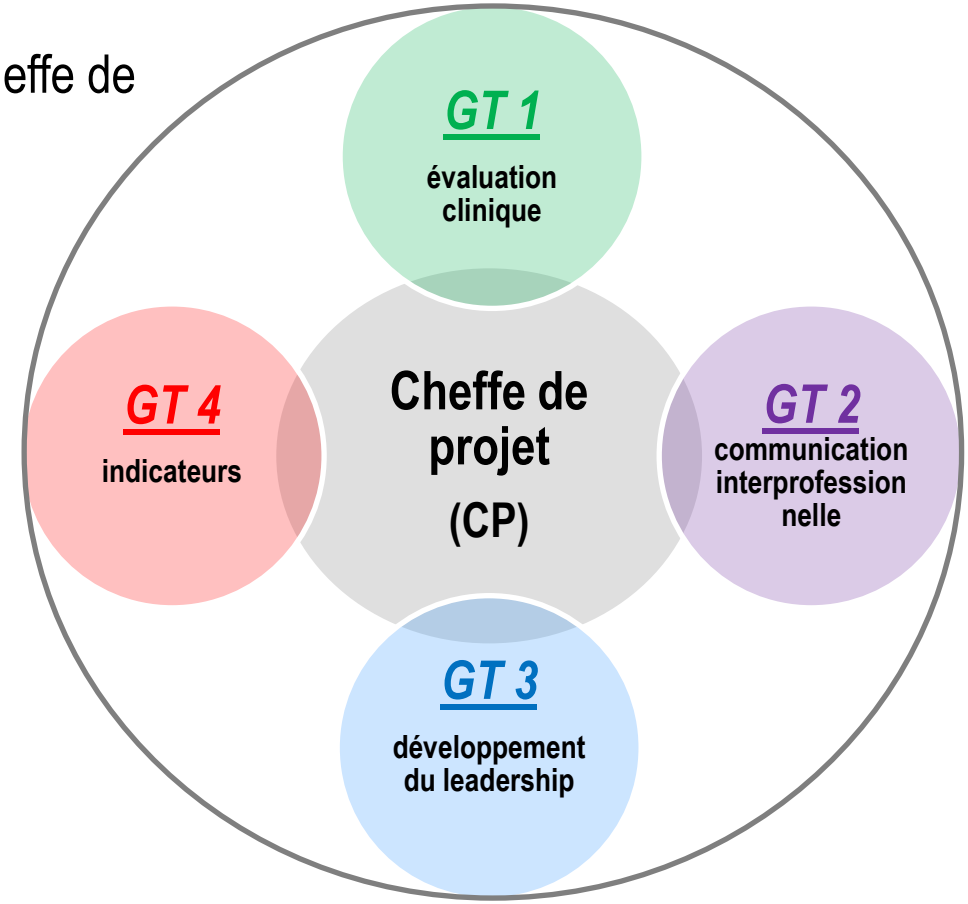
- D'ici fin 2017, développer et implanter une prise en charge infirmière de qualité et sécuritaire, spécifique aux patients du MITH, englobant une évaluation clinique infirmière, un *« tour du lit »* systématique ainsi que la pratique de l'auscultation pulmonaire, pour les patients à risque de faire des décompensations respiratoires ou atteints de pathologie pulmonaire

- D'ici fin 2017, améliorer la prise en charge globale des soins avec un focus sur la sécurité et la satisfaction de l'équipe soignante du MITH en améliorant la communication et la collaboration interprofessionnelle ainsi qu'en développant le leadership infirmier face à l'acquisition de nouvelles compétences infirmières

4 Groupes de travail

COPIL

- Présidente : ICS du MITH (= inf. cheffe de service)
- Professeur de médecine interne
- Directrice du DM*
- Directeur CFor**
- Adjoint à la direction des soins du DM



* DM = département de médecine

** CFor = centre des formations du CHUV

Résumé sur les 4 GT

- Les séances de travail des 4 GT ont intégré dans chacun d'eux des membres de l'équipe soignante et médicale du DM ainsi que la collaboration du CFor

GT 1

- Responsable du GT 1 : La PF du MITH (praticienne formatrice) de l'unité et collaboration d'un médecin cadre du DM et d'une enseignante du CFor

  → but : **renforcer** la culture de sécurité dans l'unité et **augmenter** les compétences infirmières grâce à l'évaluation clinique, à une approche systématique de prise en charge du *« tour du lit »* et par l'auscultation pulmonaire

GT 2

- Responsable du GT 2 : La CP avec l'aide de 2 infirmiers de l'unité et d'un médecin cadre du DM

  → but : **améliorer** la communication (transmissions) et la collaboration interprofessionnelle

Suite sur les 4 GT

GT 3

- Responsable du GT 3 : L'ICUS de l'unité avec la collaboration de la CP, de 3 infirmières de l'unité et de l'ICUS du MINK (autre unité de médecine interne)

  → but : **développer et affiner** le positionnement infirmier face à l'acquisition de nouvelles compétences

GT 4

- Responsable du GT 4 : La CP et 2 infirmiers de l'unité avec la collaboration d'une infirmière clinicienne spécialisée (ICLS) du CFor

  → but : **informer et diffuser** les recommandations/preuves de la littérature sur les éléments de l'ECM puis **sélectionner et récolter** les indicateurs témoins du bénéfice de l'implantation du projet

Interventions pédagogiques

GT 1 → évaluation clinique

- Cours sur l'évaluation clinique → 2 jours HS* (O. Doyon, Prof. associée au département des Sciences infirmières à l'Université de Québec et CFor)
- Cours sur la culture de sécurité → 1h30 HS (Enseignante du CFor)
- Enseignement clinique individuel sur l'ECM → 1h PHT** (Enseignante du CFor)
- Cours médico-infirmier → 1h30 HS (Dr du DM et enseignante du CFor)
- Atelier d'auscultation pulmonaire → 1h PHT (Enseignante du CFor)
- Enseignement clinique *« in vivo »* → matinée (CP)
- Outils « mémo » de poche (CP) : évaluation clinique, auscultation pulmonaire et sémiologie des sons pulmonaires, …

* HS = hors soins

** PHT = pendant l'horaire de travail

Suite

GT 2 → communication interprofessionnelle

- Transmissions orales entre infirmières* (ID) → canevas avec le contenu et la forme mis en place au sein du MITH (CP)
- Transmissions écrites entre ID (et ASSC**) → (feuille de transmissions utilisée pour les rapports) support adapté avec les systèmes de l'évaluation clinique (neuro, cardio, pulm, dig, …) mis en place (CP)
- Cours médical → 1h PHT (Dr du DM) sur des simulations de transmissions infirmières téléphoniques au médecin de garde (ISBAR)
- Outils « mémo » de poche (CP) : transmissions et ISBAR, …

* Se lit également au masculin

** Assistant(e)s en soins et santé communautaire

Canevas pour les transmissions

Direction du Département de médecine

Leila Guesmia, ICLS
MITH - BMT 06/ 613
+41(21)314 21 02

Projet ECM

Transmissions ID / ID

Voici un exemple de ***rapport complet*** et de son ordre :
Les ID ne connaissent pas les patients ou de très loin

1. Nom du patient
2. Date de naissance
3. Réanimation
4. Motif d'admission et contexte de vie (domicile) avec la date d'hospitalisation
5. Diagnostic actif (sans les antécédents)
6. Photo par système : *(→ si un système va bien, on n'en parle pas)*
   a. Neurologique
   b. Cardiaque/hémodynamique
   c. Pulmonaire
   d. Digestif
   e. Rénal
   f. Cutané
   g. État psychologique
7. Examens médicaux et consultations (résultats transmis ?)
8. Suite, devenir (social), projet du patient, projet de vie

Voici un exemple de ***rapport spécifique/ciblé*** et son ordre :
Les ID connaissent les patients

1. Nom du patient
2. Diagnostic et réa si changement
3. Photo par système : *si changement*
   a. Neurologique
   b. Cardiaque/hémodynamique
   c. Pulmonaire
   d. Digestif
   e. Rénal
   f. Cutané
   g. État psychologique
4. Examens médicaux et consultations du jour (résultats)
5. Suite, devenir (social) Projet du patient, projet de vie

Voici un exemple de ***rapport pause repas*** et son ordre :
La particularité de ce rapport est que les ID de l'unité du MITH au complet doivent écouter le rapport du matin, sans quoi ce rapport doit être plus détaillé

1. Nom du patient
2. Soins exceptionnels/examens pendant la pause repas… risques… stable /pas stable ?

canton de vaud

CHUV

Feuille de transmissions

TRANSMISSIONS: RAPPORT au MITH

Allergie médicamenteuse, Allergie alimentaire, Lit C, Lit B, Lit SPMH, Isolement, Traces, Risque Escarre

Nom & date d'entrée	REA	Motif d'hosp, DX, ATCD	Systèmes : a. neurologique b. cœur (hémodynamique) c. pulmonaire d. digestif e. rénal f. cutané g. psycho	Soins / Appareillage	Examens / Projet
615-2 [redacted]ns) 31.03 Traces	NON	Suite d'hospitalisation **DX**: Probable tumeur de l'oesophage proximal, dénutrition sévère, zona thoracique G D4-D6 au décours, hyponatrémie chronique?, IRC **ATCD**: BPCO (O2 nocturne), cirrhose hépatique, varices oesophagiennes, gastropathie congestive, syndrome hépato-pulmonaire, sténose artère sous-clavière G, athéromatose aortique, HTA arthrose, OH ancien			
616-1 [redacted]ns) 29.03 Risque Escarre Faible	NON	Chute à domicile, parésie, aphasie, amnésie, paresthésie **DX**: Bactériemie d'origine urinaire, ECA, perturbation tests hépatiques, CA sein métastatique sur D1 (lésion) **ATCD**: Infections urinaires à répétition, TME, trouble de l'humeur, constipation, ostéoporose, hystérectomie (2013), CA sein D (2004), gastrectomie			
616-2 Mme XXX 19XX (XX ans) XX.04		DX: ATCD:			

Suite

GT 3 → développement du leadership

- <u>« Etat des lieux »</u> du leadership pratiqué au MITH :

Milhomme, D., & Gagnon, J. (2010). Étude descriptive des facteurs facilitant et contraignant le développement de la compétence des infirmières en soins critiques. *Recherche en soins infirmiers, 103(4), 78-91*.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013). *Développement et maintien du leadership infirmier, (2e éd.).Toronto (Ontario).*

- <u>Atelier d'analyse de pratique</u> sur les difficultés de leadership/positionnement infirmier rencontrées au MITH en lien avec l'ECM → 1h PHT (ICUS* du MITH, ICUS du MINK** formé à l'analyse de pratique et CP)
- <u>Outils</u> « mémo» de poche (CP)

* Infirmière cheffe d'unité de soins

** MINK = autre unité de médecine interne

Suite

GT 4 → indicateurs

- Document établi selon les preuves et recommandations de la littérature avec des indicateurs témoins du bénéfice de l'implantation de l'ECM (CFor et CP)
- Listing des indicateurs du projet : une totalité de 17 indicateurs ont été sélectionnés et une grande partie est déjà récoltée
- 3 posters ont été réalisés :
  - 1er Q. → culture de sécurité
  - 2ème Q. → collaboration et communication interprofessionnelle
  - 1 sur l'ensemble du projet

  Présenté à l'équipe du MITH

  → « Journée Soins 2017 »
- 2 questionnaires : (avec autorisation d'utilisation)
  - *« Mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier »* instrument traduit du Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) développé sous l'égide de l'agence américaine Agency for Helthcare Research and Quality
  - *« Communication and Sharing Information »* (CSI scale) créé par Anthoine et al. (2014)

Listing des indicateurs

Objectif

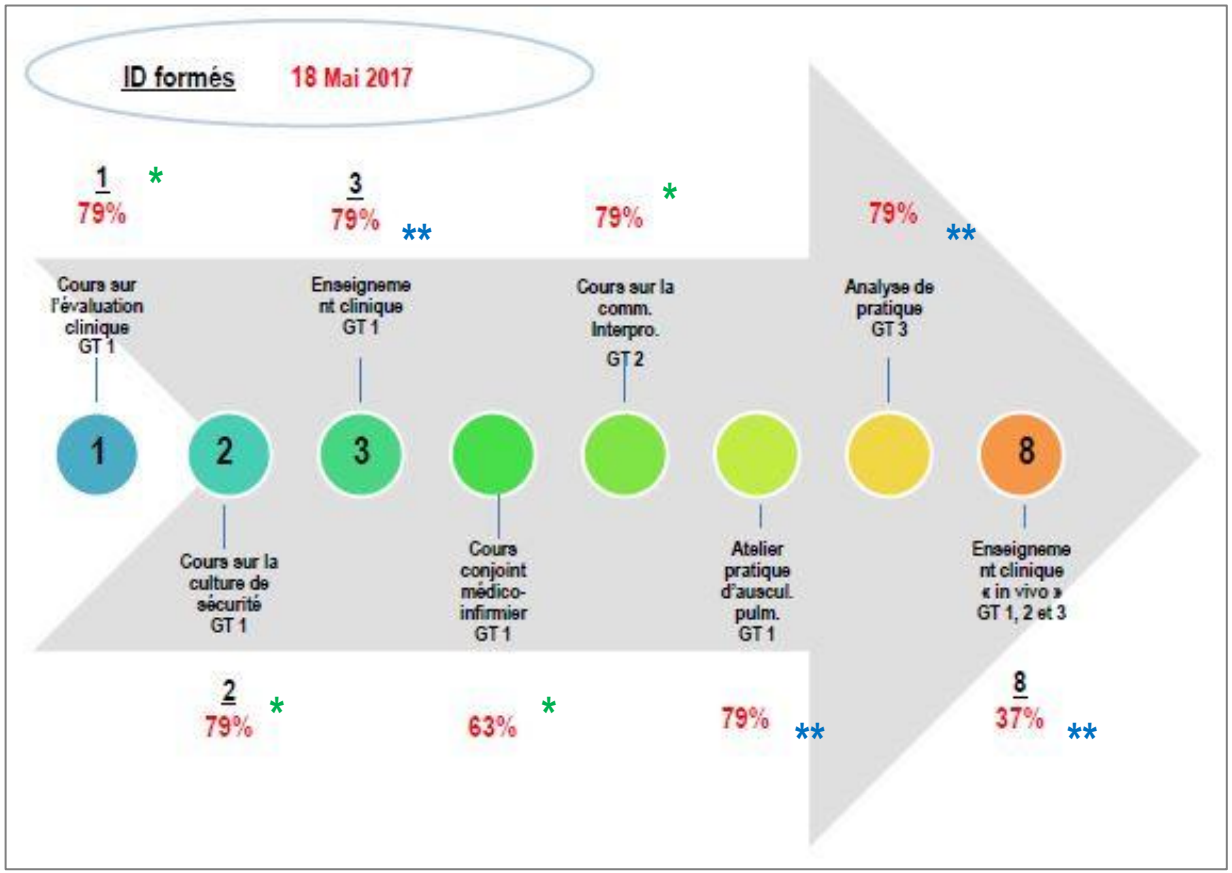
1. L'entier des infirmiers du MITH bénéficient de connaissances et de compétences ciblées envers l'évaluation clinique, l'auscultation pulmonaire et le *« tour du lit »* (selon les différentes interventions pédagogiques)
   - % et nb d'ID formés aux différentes interventions pédagogiques
   - Attestation de suivi de formation à l'ECM

   Mesure de l'indicateur

2. Les ID indiquent que les connaissances acquises envers l'évaluation clinique sont pertinentes et cohérentes avec la population soignée au MITH
   - Intégré au questionnaire *« culture de sécurité »* : perception de la pertinence, de la cohérence et de la satisfaction auprès des ID (%, nb)

3. Les niveaux de responsabilités des ID envers l'évaluation clinique, l'auscultation pulmonaire et le *« tour du lit »* sont formulés et rendus disponibles auprès des ID
   - Information transmise (oui/non)

Pourcentage des ID formés à l'ECM



L'équipe infirmière du MITH comporte 18 ID jusqu'en 2016 et 19 depuis 2017

Total des heures de formations : 2 jours complets et 3h HS* + 9h PHT**

Listing, suite

Objectif

4. Les ID du MITH démontrent une perception favorable de la culture de sécurité au sein de leur unité
   - Q. sur la culture de sécurité : soumis auprès des ID du MITH avec analyse par dimension (%, nb)
   - Comparaison avec le Q. *« Match »* (Q. distribué dans l'institution)

Mesure de l'indicateur

5. Les ID annoncent les évènements indésirables qu'ils rencontrent au MITH par des signalements RECI*
   - Intégré au Q. sur la culture de sécurité : les ID mentionnent le type d'évènements prioritairement rencontrés au MITH (narratif), le nombre de signalement remplis (%, nb) ainsi que les freins et facteurs facilitant des signalements (narratif)

6. L'unité du MITH a recours à une procédure d'analyse de pratique en cas d'évènements indésirables
   - Une procédure d'analyse de pratique est formulée et disponible (oui/non)

*RECI = recueil des évènements critiques et indésirables au CHUV

canton de vaud

CHUV

Questionnaire sur la culture de sécurité

CCECQA

Mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier

Guide d'utilisation de l'outil de mesure

version mai 2010

Document élaboré par P. Occelli, J-L. Quenon, A. Djihoud avec l'aide du groupe de travail : M. Izotte, S. Domecq, F. Delaperche, O. Claverie, B. Castets-Fontaine, Y. Auroy, P. Parneix, R. Amalberti, P. Michel.

Remerciements à Maryse Piscarel.

<u>Q. adapté au MITH avec ajout de questions</u> : - variables sociodémographiques, - questions sur l'évaluation clinique, - questions ouvertes sur la spécificité du MITH, - questions sur l'intégration des compétences

→Taux de réponses 100%

Listing, suite

Objectif

7. Les ID, ASSC et médecins ont une perception favorable de la collaboration interprofessionnelle au MITH
   - Q. sur la collaboration interprofessionnelle : analyse par dimension (%, nb) et tests de différences entre les groupes

Mesure de l'indicateur

8. Une *check-list* standardisée des alertes et des systèmes (de l'évaluation clinique) est rendue disponible auprès des ID
   - Un mémo de poche est disponible dès la fin de l'implantation définitive de l'ECM

9. Un outil standardisé et structuré permet la documentation des données recueillies lors de l'évaluation clinique (dossier de soins informatisé utilisé au CHUV) sur SOARIAN
   - Un formulaire standardisé est disponible sur le dossier de soins informatisé

Questionnaire sur la communication et la collaboration interprofessionnelle

Anthoine et al. BMC Health Services Research 2014, 14:126
http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/126

BMC Health Services Research

RESEARCH ARTICLE Open Access

Development and psychometric testing of a scale assessing the sharing of medical information and interprofessional communication: the CSI scale

Emmanuelle Anthoine[1,2], Christelle Delmas[1], Julie Coutherut[3] and Leïla Moret[1,2*]

<u>Q. adapté au MITH avec ajout de questions</u> : - variables sociodémographiques, - questions ouvertes sur la spécificité du MITH

Les ID, ASSC et médecins du MITH ont participé

→Taux de réponses 84%

canton de vaud

CHUV

Listing, suite

Objectif

10. Les ID du MITH démontrent l'acquisition de compétences envers les étapes du projet ECM (évaluation clinique, auscultation pulmonaire et *« tour du lit »*)
    - Observation des pratiques : EC individuels *« in vivo » (dans la vraie vie avec la charge de travail du jour)* (matinée)
    - Compte rendu des matinées d'observation
    - Analyse des enseignements *« in vivo »* pour l'ensemble des ID du MITH

Mesure de l'indicateur

11. Les ID détectent les signes d'alertes cliniques associés à la fonction respiratoire
    - Analyse rétrospective de dossiers patients (ayant une pathologie pulmonaire)

12. A l'admission au MITH : l'auscultation pulmonaire des patients qui sont admis pour une pathologie pulmonaire est effectuée et documentée par les ID
    - % et nb de patients auscultés et caractéristiques documentées à l'admission, au J1, J2 et J3. Audit sur les annotations SOARIAN (2016)
    - Audit 2017

Listing, suite

Objectif

13. Lors des remises de service : les transmissions orales entre les ID du MITH sont efficaces et complètes
    - Les ID effectuent les transmissions selon le canevas de la feuille standardisée des transmissions (feuille d'auto-évaluation remplies par les ID)
    - Analyse des feuilles d'auto-évaluation

Mesure de l'indicateur

14. Lors de l'appel au médecin de garde : la communication des ID du MITH est structurée selon une procédure standardisée (ISBAR)
    - Critères ISBAR suivi par les ID au cours des transmissions au médecin de garde (feuille d'auto-évaluation → 3x par ID)
    - Analyse des feuilles d'auto-évaluation

15. Le nombre de transferts aux urgences, soins intensifs et soins continus depuis le MITH est recensé (avant-après le projet ECM) ainsi que le nombre de décès. Les dossiers-patients sont analysés
    - % et nb de transferts (soins continus, urgences, soins intensifs et DCD) en 2014, 2015 et 2016
    - Analyse des dossiers patients qui ont été transférés dans les différentes unités de soins

Listing, fin

Objectif

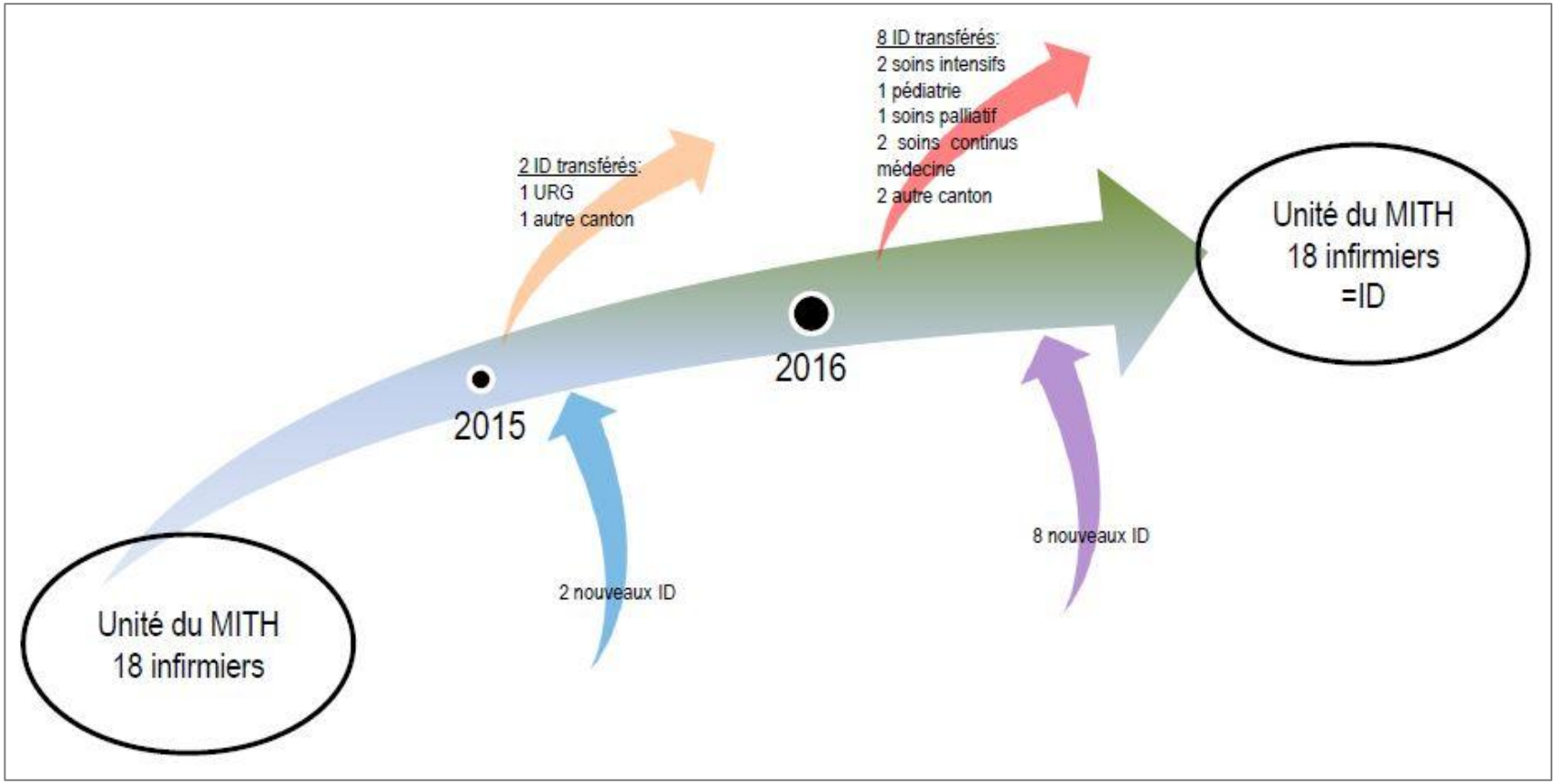
16. Les patients sont satisfaits de la prise en charge infirmière au MITH
    - Q. distribué par l'ICUS du MITH (Q. non spécifique)
    - Q. ESOPE (Enquêtes de Satisfaction et d'Opinion des Patients et des Employés) au sein du CHUV

17. Le nombre de collaborateurs infirmiers transférés dans d'autres hôpitaux ou unités est recensé (soins continus, soins intensifs, pédiatrie,…)
    - % et nb de transferts des ID en 2015 et 2016

Mesure de l'indicateur

Mouvements du personnel au MITH

- Création du MITH 10.2013
- Déménagement à BMT 06.2014



canton de vaud

CHUV

Forces et faiblesses de projet

- Adhésion du MITH (personnalité, identité de l'équipe)
- Soutien et engagement de ICS, COPIL, DM, Directrice CHUV
- Adaptation du projet aux besoins de l'équipe du MITH
- Intégration de la CP dans l'équipe
- Mise à disposition de ressources (Prof. Doyon, enseignante / ICLS du CFor, ICUS du MINK / médecins du DM)
- 6/10 ID transférés du MITH dans des soins + aigus (Soins continus, Soins intensifs)

- Changement de l'équipe infirmière (56%)

Conclusion

- L'implantation de l'ECM et sa construction **implique l'équipe soignante** et médicale du MITH afin de permettre de **trouver du *«sens»*** au projet
- L'implantation de l'ECM est fortement **soutenue par les cadres** de l'unité, les cadres du DM, le COPIL et la Direction des soins
- Les **ressources nécessaires** au projet en temps et en formations (ID cadres du MITH, CFor et médecins cadres du DM) ont été mises en place afin d'offrir des interventions pédagogiques à l'équipe infirmières du MITH
- L'**identification des résistances** au projet a été réalisée rapidement pour prévoir des actions adaptatives au bon déroulement de l'avancée du projet

- Dès que l'ECM sera définitivement implanté au MITH, il est possible de l'implanter dans d'autres unités au CHUV …

merci
thank you
gracias
obrigado
danke
go raibh maith agat
спасибо
grazie
謝謝
dziękuję
sukriya
bedankt
arigatō
ngiyabonga
dakujem
mochchakkeram
terima kasih
sagolun
chokrane
taiku
teşekkür ederim
hvala
leat
tapadh
takk
mauruuru
vinaka
barka
kia ora
ありがとう
grazzi
мерси
mersi
diolch
spas
dank je
tenki
murakoze
kiitos
ευχαριστώ
xièxie
dankie
sobodi
dankon
manana
mahalo
didi madloba
rahmet
köp khun krap
merce
nandri
krap
gracie
mësi
tack
akun
aciù
djere dieuf
tanemirt
dhanyavad
shukriya
teşekku ederim
gracias
welalin
enkosi
chnorakaloutioun
gratias ago
miseotse
matondo
dhanyavadagalu
mamnun
köp khun
najis tuke
paldies
faafetai lava
kam sah hamnida
nanni
trugarez
asante
хвала
blagodaram
Баярлалаа