

C H U | U V C
B R U G M A N N

L'Infirmier Organisateur de Flux

Fadma AMJAHAD

Infirmière chef adjointe au service des urgences CHU- Brugmann - Site Horta

Journée du DMC 06-12-16

Plan

1. Motivation pour le sujet
2. Constat
3. Contexte
4. Question de recherche
5. La collaboration médico-infirmière: Définition
6. Quel est l'intérêt d'une meilleure collaboration médico-infirmière?
7. Comment améliorer la collaboration médico-infirmière ?
8. Création du poste de coordinateur
9. Comment mesurer l'efficacité de notre action?
10. Résultats
11. Conclusions

1. Motivation pour le sujet

- Infirmière aux urgences depuis 20 ans
- TFE « cadre de santé »
- Discussion avec les collègues :
 - Insatisfaction à la fin de la journée
 - Impression de travail mal fait
 - Fatigue anormalement élevée
 - Diminution motivation exprimée
 - ...

2. Constats

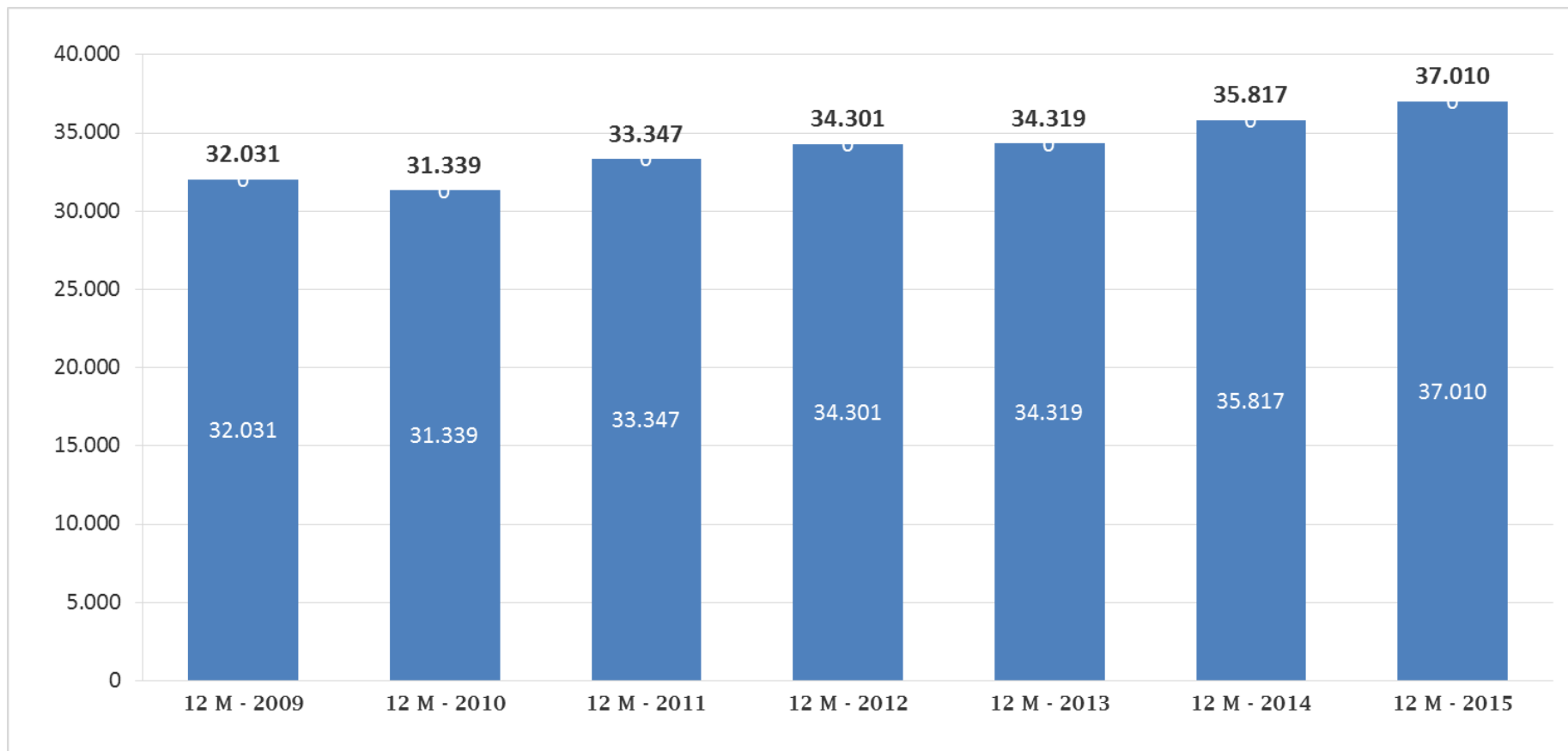
Augmentation de l'activité des urgences ces dernières années / espace identique

Conséquences:

- engorgement du service
- difficulté à gérer le flux entrant et sortant
- Oublis de patients en attente résultats ou hospit.
- Répartition inégale du travail

2. Constats

Passages urgences site Horta

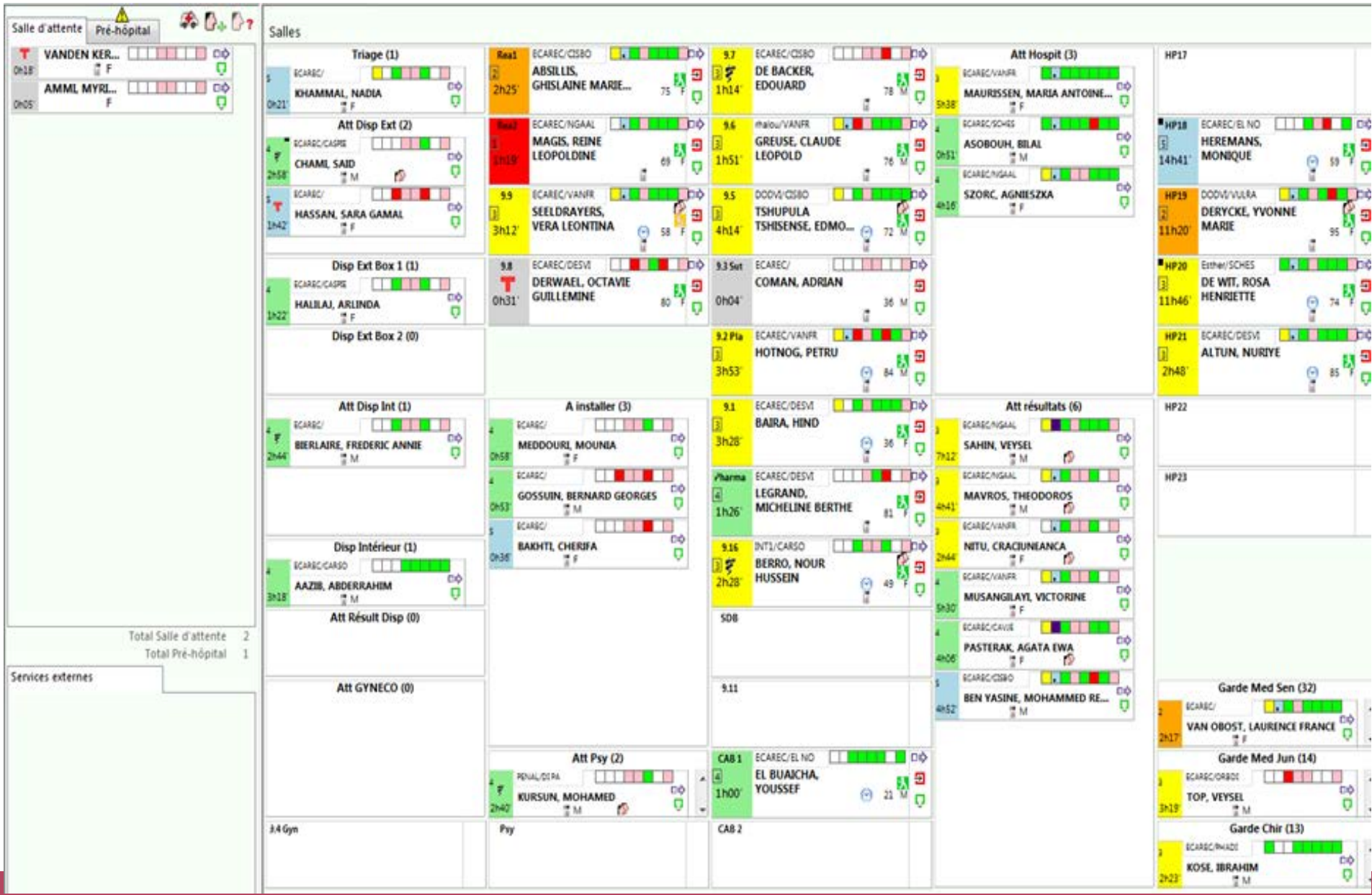


Périodes : R12M (Y) = 2015/ Déc et les 11 mois qui précèdent



2. Constats

Flux de patients- Exemple



2. Constats

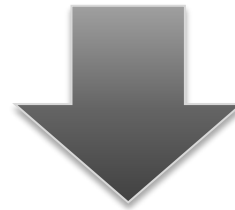
- Soins de plus en plus spécialisés => + de demandes d'examens / patient
- Changement de cadre médical
- Problème de triage ambulance
- Prises en charge déstructurées
- Existence d'un poste de médecin superviseur qui organise le travail des médecins

2. Constats

Problèmes de communication entre:

- Infirmiers
- Médecins
- Infirmiers >< médecins
- Equipe des urgences >< Unités de soins

Quel est le point commun de tous ces problèmes?



manque de collaboration médico-infirmière

3. Contexte

- Service des urgences du CHU-Brugmann site Horta:
+/- 37000 passages/an
- Travail aux urgences non sectorisé
- Présence médicale: Certains jours, + de médecins que d'infirmiers / Nombreux PG / internes → beaucoup de monde , pas assez de séniors

4. Question de recherche



Comment améliorer la collaboration médico-infirmière au sein du service des urgences du CHU Brugmann-Site Horta?



5. La collaboration médico-infirmière:



Définition selon Danielle D'Amour

« 1. **Le partage:**

- *Des responsabilités, prise de décisions, des valeurs, des données*

2. **Le partenariat:**

- *Communication honnête et ouverte, confiance mutuelle, respect, valoriser les autres professionnels, poursuivre des buts communs.*

3. **Le pouvoir:**

- *Partagé, basé sur la connaissance et l'expérience plutôt que sur la fonction ou le titre, interactions*

4. **L'interdépendance :**

- *Dépendance mutuelle, professionnels plus interdépendants que autonomes, actions collectives.*

5. **Le processus :**

- *Négociation, compromis lors de prise de décisions, interventions partagées, viser l'amélioration des soins en connaissant les qualités et les compétences des autres professionnels »*



6. Intérêt d'une meilleure collaboration



Des études suggèrent qu'une meilleure collaboration entre médecins et infirmiers peut:

- Diminuer le taux de mortalité
- Diminuer la durée de séjour
- Diminuer les réadmissions à l'USI
- Diminuer les coûts de traitements
- Améliorer le taux de satisfaction des patients

2005 → N° 42 → Collaboration infirmières-médecins : un déterminant de la qualité des soins ?

A. Perrier

Collaboration infirmières-médecins : un déterminant de la qualité des soins ?

Rev Med Suisse 2005.

Résumé

La forme la plus élémentaire de l'interdisciplinarité en milieu hospitalier est la collaboration entre médecins et infirmières, ces derniers étant généralement plus satisfaits que les infirmières, qui estiment encore aujourd'hui être peu entendues. Les études sur l'impact de prises en charge pluridisciplinaires sur la qualité des soins évaluent des interventions complexes et ne permettent pas de distinguer les effets de l'interdisciplinarité des autres facettes de l'intervention. Deux études récentes suggèrent qu'une meilleure collaboration entre médecins et infirmières peut améliorer le devenir des patients, et diminuer la durée de séjour et les coûts. Il est nécessaire de mieux définir ce que l'on entend par collaboration, afin de développer et d'évaluer des stratégies de formation à cette collaboration et d'en évaluer l'impact.

«Rien n'est plus semblable à l'identique que ce qui est pareil à la même chose.»

Pierre Dac

Depuis une vingtaine d'années, nous avons vu fleurir dans toutes sortes de cercles, y compris celui de la santé, le terme de «pluridisciplinarité». Il désigne la prise en charge (en principe) coordonnée du même patient par plusieurs professionnels de santé. L'équipe pluridisciplinaire a une composition variable en fonction du type de situation clinique et du type de problème du patient. Elle peut comporter un ou plusieurs médecins, de spécialités différentes, une ou plusieurs infirmières, y compris des infirmières spécialisées, une physiothérapeute, une ergothérapeute, une psychologue, une assistante sociale, une pharmacienne, etc. Plus récemment, ce terme a été récemment remplacé par celui d'«interdisciplinarité». La différence ayant fortusement échappé à l'auteur de cet article qui y voyait plutôt une illustration de la phrase de Pierre Dac en exercice, un retour aux définitions de ces deux termes s'imposait. Toutes les limites de la pluridisciplinarité apparaissent clairement avec cette définition de l'OCDE de 1979 : «ajustation de disciplines diverses parfois sans rapport apparent entre elles». Ainsi, la pluridisciplinarité suggère un travail indépendant des représentants de chaque discipline, alors que l'interdisciplinarité suppose que les participants «prennent en compte les contributions des autres membres de l'équipe».¹



7. Comment améliorer la collaboration médico-infirmière?



→ Création d'un poste de coordinateur infirmier au sein des urgences?

8. Création du poste de coordinateur



- **Réunions d'équipe**
- **Quel horaire?**
 - de 11h à 19h
- **Tâches effectuées par cet infirmier?**
 - Gestion du flux (entrée-sorties)
 - Orientation des patients à installer
 - Vider les boxes : couloir, HP
 - Centraliser les demandes médicales / les différentes informations/ redistribuer la bonne information à la bonne personne
 - Répartition du travail au niveau infirmier - Désignation infirmier/p.e.c.
 - Aide ponctuelle: ex: retirer KT, ...
 - Encodage transport (courses brancardiers)
 - Accueil des ambulances
 - Réponses au téléphone

8. Création de l'IOF

- **Tâches qui ne doivent PAS être effectuées par «infirmier 11-19 ?»**

- Pas de prise en charge globale de patients (8 x repris)
- Dispensaire, HP
- Pas d'actes techniques

- **Titre pour cette fonction d'infirmier ?**

- Leader
- Gestion flux
- Collaborateur
- Superviseur
- Dispatcher
- Organisateur de flux**

- **Comment financer cette fonction?**

- Réorganisation des horaires des infirmiers en fonction de l'activité du service=> pas de nouveau financement

9. Comment mesurer l'efficacité de notre action?




Mesurer le flux

- Difficulté actuellement à cause de données non fiables
- Chiffres montrent une augmentation du temps de passage aux urgences entre l'année avant et après instauration IOF. Pourquoi? Données de mesures non fiables.

Faire un questionnaire de satisfaction auprès des équipes → entretien qualitatif

Questionnaire de satisfaction auprès des patients

10. Résultats

Problèmes	
Gestion du flux (entrée-sorties)	
Orientation des patients à installer	
Vider les boxes	
Centraliser les demandes médicales	
Centraliser les différentes informations	
Encodage transport (courses brancardiers)	
Répartition du travail au niveau infirmier	
Accueil des ambulances	
Réponses au téléphone	

11. Conclusion

- Collaboration médico-infirmière essentielle dans tous les services hospitaliers
- IOF est un vrai projet d'équipe = ça fonctionne
- Réponse à de multiples problèmes des urgences depuis des années (> 10 ans)
- Résolution de problèmes par réorganisation
- IOF ne règle pas à lui seul tous les problèmes → rôle du superviseur médical a été amélioré également

- **Mesure fiable du flux via la mesure des mouvements des patients dans ECARE**
 - Découpage de la prise en charge des patients
 - Mesure depuis l'inscription des patients jusqu'à attente hospitalisation ou clôture du dossier (moment à définir)
 - Possibilité bientôt dans Ecare

- **Création d'un tandem médico-infirmier de gestion du flux**

Merçi



Bibliographie

- ❑ « La base conceptuelle de la collaboration interprofessionnelle : concept de base et des cadre théoriques », journal de soins interprofessionnels, volume 19, p. 116-131, 2009, auteur Danielle D'AMOUR, consulté le 17/3/2016

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820500082529>,

- ❑ « LE TRAVAIL EN ÉQUIPE DANS LES SERVICES DE SANTÉ : PROMOUVOIR UN TRAVAIL EN ÉQUIPE EFFICACE DANS LES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA » Juin 2006

Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé (FCRSS), consulté le 27/03/2016

http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report_f.pdf

- ❑ « *Impact sur les délais de prise en charge et les durées de séjour au Service des urgences adultes d'un tandem médico infirmiers de supervision.* »

MERCIER, Marine. Thèse de doctorat : Univ. Genève, 2012, no. Méd. 10689

- ❑ « *Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences* »

MeaH(mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier) 2007