

L'assistante infirmière-chef d'unité et la qualité des soins

Un projet du CHUM misant sur le rôle de l'AIC dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Par **Isabelle Sévigny**, inf., M.Sc., ICMC (C) et **Patricia Effo**, inf., M.Sc.

Plusieurs écrits indiquent que le rôle de l'assistante infirmière-chef (AIC) dans un établissement de santé se décline en sept fonctions principales : créer un environnement sécuritaire; assurer le suivi de la qualité; faire preuve d'exemplarité dans la tenue de son rôle; coordonner les soins de l'unité; gérer le personnel, les soins et l'environnement; incarner les responsabilités inhérentes à sa fonction et, enfin, promouvoir la satisfaction du patient (Eggenberger, 2012; Homer, 2013; Royal College of Nursing, 2009). Diverses études ont aussi prouvé que le leadership de l'AIC est fondamental car il a des effets concrets sur différents aspects de la qualité des soins infirmiers, par exemple la sécurité des soins, la rétention et la performance du personnel, ainsi que la satisfaction du patient (Eggenberger, 2012; Royal College of Nursing, 2009, 2010). Or, la qualité des soins est l'une des préoccupations majeures des établissements de santé.

Le projet

Soucieux d'assurer une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a implanté en 2013 un projet qui visait à actualiser le rôle de l'AIC dans cette perspective. À partir de sa grille d'activités délimitant les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe de soins (CHUM, 2013), il a été décidé de cibler deux des cinq dimensions que comporte le rôle de l'AIC, soit le contrôle de la qualité des soins et l'accompagnement (*coaching*) du personnel infirmier.

Le modèle de *caring* de Dingman (1999), qui s'inscrit dans une approche humaniste des soins, a guidé la démarche du projet. Trois de ses cinq comportements ont été retenus : 1) se présenter à la personne/famille et expliquer son rôle; 2) appeler la personne par son nom et 3) prendre cinq minutes par quart de travail pour discuter avec elle de ses préoccupations et des priorités de soins. Le présent article décrit le déroulement du projet et ses résultats.



© Shutterstock

Déroulement du projet

Le projet a été mis en œuvre sur une période d'un an dans une unité de chirurgie générale et d'orthopédie comprenant 36 lits.

Trois rencontres préparatoires de 120 minutes échelonnées sur six semaines et trois autres de 60 minutes également réparties sur six semaines ont eu lieu au début du projet. Trois AIC – l'une travaillant le jour et deux le soir, l'infirmière-chef d'unité (ICU) et la conseillère en soins spécialisés (CSS) attitrée de l'unité ont participé à ces rencontres qui visaient plusieurs objectifs : planifier le projet, élaborer les outils de documentation, organiser le soutien aux AIC, partager les « bons coups » et trouver des solutions aux difficultés.

Par la suite, des rencontres de suivi d'une durée de 30 minutes ont eu lieu à tous les mois; elles réunissaient le personnel infirmier des trois quarts de travail, l'assistante infirmière-chef, l'infirmière-chef d'unité ainsi que la conseillère en soins spécialisés.

Pendant les trois premières semaines de la mise en œuvre, les trois AIC ont pu bénéficier d'un accompagnement individuel de la CSS. Elles devaient se familiariser avec le rôle de contrôle de la qualité portant plus spécifiquement sur les normes de documentation en soins infirmiers et sur les visites aux patients

dans leur chambre. Ces deux dimensions du rôle de l'AIC ont été retenues par la CSS qui, faute de temps, ne pouvait s'attarder sur l'ensemble des cinq dimensions (CHUM, 2013; D'Amour *et al.*, 2012).

Le rôle de *coach* de l'AIC a aussi été abordé durant cette période de familiarisation.

Pendant neuf mois, l'ICU a effectué un suivi hebdomadaire pour vérifier si les contrôles de qualité et le suivi auprès des infirmières se poursuivaient comme prévu. Le suivi a ensuite été fait toutes les deux semaines. Pendant douze mois, les AIC ont contrôlé une fois par semaine la qualité de la documentation au dossier et deux fois par semaine, celle des visites dans les chambres des patients. Après les contrôles de qualité, l'AIC devait transmettre ses commentaires à chaque infirmière, infirmière auxiliaire ou préposé aux bénéficiaires afin de corriger les éventuels écarts de pratique. Elle devait également refaire un suivi le lendemain de sa rétroaction pour vérifier si le correctif nécessaire avait été apporté aux soins ou à la documentation. Dans le cas où, à deux reprises, la documentation restait incomplète ou un soin n'avait pas été donné, l'AIC devait en aviser l'ICU, qui prenait alors la relève auprès du membre du personnel concerné.

Tableau 1 Résultats du contrôle de qualité de la documentation clinique

Indicateurs	T ₁ avril 2013 (n = 131)	T ₂ avril 2014 (n = 43)
Échelle de Braden	62 %	70 %
Allergie documentée	70 %	70 %
Code d'évacuation	71 %	79 %
Documentation des selles	22 %	100 %
Évaluation initiale réalisée et documentée (section gestion des risques)	58 %	90 %
Lien avec le PTI	100 %	82 %
Outil SERA (Soutien, Environnement, Ressource, Autonomie) pour la planification du congé	28 %	71 %
Congé prêt (demandes de toutes sortes, consultant, prescription prête)	18 %	100 %
Douleur ≤ 4 sur les dernières 24h	49 %	60 %
Surveillance des paramètres post-administration d'un opiacé (selon la règle de soins infirmiers)	2 %	55 %
Documentation des plaies selon les normes de l'OIIQ	92 %	100 %
Lien avec le PTI	54 %	88 %
Si présence d'un soin continu ou d'une surveillance accrue :		n = 2
■ Raison indiquée		78 %
■ Réévaluation chaque 8h		78 %
■ Note par infirmière	0 % pour tous les éléments	33 %
■ PTI		22 %
■ Plan de travail du préposé au chevet		44 %
■ Grille d'observation au chevet		56 %
Si présence d'une contention :		n = 1
■ Formulaire électronique rempli		
■ Approbation par 2 professionnels		
■ Consentement obtenu		
■ Raison indiquée	0 % pour tous les éléments	
■ Réévaluation aux 8h		
■ Note par infirmière		
■ PTI		
■ Indications au plan de travail du préposé		
■ Grille de surveillance au chevet		100 % pour tous les aspects sauf pour la grille de surveillance au chevet et la documentation des moyens alternatifs utilisés avant le recours à la contention

Tableau 2 Résultats du contrôle de qualité des visites à un patient dans sa chambre

Indicateurs	T ₁ avril 2013 (n = 144)	T ₂ avril 2014 (n = 116)
Bracelet conforme (intact, bon numéro de chambre, numéro lisible)	99 %	87 %
Propreté et absence d'encombrement dans la chambre	97 %	100 %
Pansement propre et bien fixé, occlusif	90 %	93 %
Date d'installation/changement de la tubulure, du cathéter court IV ou par voie centrale	64 %	62 %
Mobilisation du patient effectuée selon la fréquence recommandée (post-opératoire)	89 %	95 %
Enseignement au patient ou à la famille entamé	40 %	93 %
Patient se disant prêt pour le congé (si ce dernier est prévu dans moins de 72 heures)	7 %	61 %
Douleur ressentie ≤ 4 (au moment de la visite)	53 %	63 %
Réponse du patient à la question : « S'il y a une chose qu'on peut faire pour vous aujourd'hui, qu'est-ce que c'est? »	Pas d'information à ce sujet	Rien de particulier : 52 % Analgésie : 16 % Besoin d'information : 5 % Nourriture : 3 % Désir d'avoir son congé : cause liée à l'environnement dans 3 % des cas; avoir quelque chose pour dormir (+/- 1 %); enlever sonde ou perfusion (+/- 1 %); aller marcher (+/- 1 %)

Les résultats

Les tableaux 1 et 2 comparent les résultats des contrôles de qualité effectués au cours des mois d'avril 2013 et avril 2014. On constate que presque tous les éléments observés ont été améliorés. La documentation concernant les allergies est cependant restée la même.

Les résultats qui dénotent un recul sont ceux qui concernent le taux d'utilisation du PTI en rapport avec l'évaluation initiale, la vérification de la conformité du bracelet et l'inscription de la date d'installation/changement des tubulures, des cathéters courts IV ou par voie centrale. Les raisons données par le personnel à la CSS sont les suivantes :

- Avoir rédigé au dossier les renseignements à la suite de l'évaluation initiale (section gestion des risques) sans pour autant avoir complété le PTI. Malgré cela, on note que

le pourcentage obtenu pour le PTI en avril 2014 est de 82 % (contre 100 % en avril 2013). Ce pourcentage reste inchangé même pour le mois de mars 2014 alors que le n est plus élevé (n = 110).

- Utiliser un double identifiant pour valider l'identité d'un patient est une pratique qui n'est pas encore acquise. Le personnel affirme savoir qui est le patient et pouvoir le reconnaître. De ce fait, les renseignements inscrits sur le bracelet ne sont pas toujours vérifiés. Autrement dit, le personnel ne ressent pas l'obligation de faire cette vérification avant de donner un soin. Il faudra à l'avenir s'employer à travailler cette pratique.
- Inscrire la date d'installation ou de changement d'une tubulure ou d'un cathéter n'est pas une pratique généralisée. Le personnel explique qu'il ne souhaite pas inscrire la

date parce que le dispositif a été installé par l'équipe de l'urgence ou du bloc opératoire et non par lui. Par ailleurs, il signale que la perfusion est souvent enlevée deux ou trois jours après son installation. Plusieurs soignants semblent peu conscients des risques d'infection qui se posent lorsque le patient garde une perfusion pendant plus de trois jours.

Face à ces résultats, des mesures ont été prises pour que le personnel de l'urgence, du bloc opératoire ou de la salle de réveil indique la date d'installation sur les tubulures et cathéters. L'ICU a également interpellé le personnel de l'unité pour qu'il inscrive la date d'installation ou de remplacement afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins au patient.

Les mesures

Le CHUM s'est engagé à améliorer de façon continue la qualité des soins. Dans cette optique, le projet contribue à identifier les éléments auxquels il faut accorder une plus grande importance, par exemple l'intégration au dossier électronique de la documentation concernant les allergies ou encore la surveillance des patients après l'administration d'un opiacé selon les recommandations de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2009).

Pour assurer la pérennité de ces actions, le principal défi sera de faire en sorte qu'un suivi soit maintenu tant par les AIC que par l'ICU auprès du personnel infirmier soignant. En outre, l'AIC devra assurer l'accompagnement (*coaching*) du personnel tout en poursuivant ses contrôles de qualité; ce rôle est fondamental dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins qui s'appuie sur son leadership fort et proactif.

Ce projet représente une première avancée dans l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient, tout en donnant aux AIC et aux infirmières la possibilité de développer leur leadership et de renforcer leur autonomie professionnelle.

Remerciements

Les auteures remercient sincèrement les trois AIC, Dominique Dussault, Valériu Pruteanu et Shelsy Sarrazin, pour leur engagement dans ce projet.

Les auteures



Isabelle Sévigny est conseillère en soins spécialisés – sciences neurologiques à la Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles (DSI-RC) du CHUM.



Patricia Effio a été infirmière-chef de l'unité d'orthopédie, de décembre 2012 jusqu'en septembre 2014, à la DSI-RC du CHUM.

Références

- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). *Grille d'activités de soins* (document non publié). Montréal, CHUM, 2013.
- D'Amour, D., C.A. Dubois, J. Dery, S. Clarke, E. Tchouaket, R. Blais et al. « Measuring actual scope of nursing practice; a new tool for nurse leaders », *Journal of Nursing Administration*, vol. 42, n° 5, mai 2012, p. 248-255.
- Dingman, S.K., M. Williams, D. Fosbinder et M. Warnick. « Implementing a caring model to improve patient satisfaction », *Journal of Nursing Administration*, vol. 29, n° 12, déc. 1999, p. 30-37.
- Eggenberger, T. « Exploring the charge nurse role: holding the frontline », *Journal of Nursing Administration*, vol. 42, n° 11, nov. 2012, p. 502-506.
- Homer, R. et L. Ryan. « Making the grade: Charge nurse education improves job performance », *Nursing Management*, vol. 44, n° 3, mars 2013, p. 38-44.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central*, Montréal, OIIQ, 2009, 24 p. [En ligne : www.oiiq.org/sites/default/files/193_doc.pdf] (Page consultée le 11 juillet 2014.)
- Royal College of Nursing (RCN). *Making the Business Case for Ward Sisters/Team Leaders to be Supervisory to Practice*, Londres (UK), RCN, 2010, 19 p [En ligne : https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/414536/004188.pdf].
- Royal College of Nursing (RCN). *Breaking Down Barriers, Diving up Standards. The Role of the Sister Charge Nurse*, Londres (UK), RCN, 2009, 32 p [En ligne : https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0010/230995/003312.pdf].