

# Leadership et Performance



XIX<sup>ème</sup> Rencontre vaudoise  
Hautes Ecoles de Santé et  
Institutions de soins

Vendredi 25  
novembre 2016

HEP-VAUD

Développement  
du leadership  
durant la forma-  
tion Bachelor :  
un levier pour  
agir !

Mme Jacqueline Wosinski  
Professeure ordinaire HEdS La Source  
BEST- Centre JBI Suisse

M. Joaquim Rapin  
Adjoint à la Direction des soins du CHUV  
Président de la Commission de la performance  
des soins au CHUV



Centre hospitalier universitaire vaudois

# Performance des soins

**19<sup>ème</sup> journée Ecoles-Stages:  
Développement du leadership durant la  
formation Bachelor : un levier pour agir !**

25.11.2016

*J. Rapin, ADSO & Président  
Commission performance soins CHUV*



# Introduction

**Les équipes de soins constituent une part importante de la performance des organisations de santé, en particulier, des résultats aux patients (D. M. Doran & Pringle, 2011; IOM, 2011)**

**Les modèles d'organisation des unités influencent la performance des soins (RNAO, 2002; D'Amour et al., 2012)**

**La connaissance de la performance des soins infirmiers est parcellaire (Lang et al., 2004)**

# Rôle et contribution des infirmières : les pratiques exemplaires

*La qualité du leadership professionnel en soins infirmiers a été liée à l'atteinte de bons soins aux patients de même qu'au recrutement et au maintien en poste du personnel infirmier<sup>40-42</sup>. RNAO (2007, p.19)*

*Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. LAMal (1994, art. 32)*

# Enjeux

**Contexte système de santé : changements permanents, complexification des soins, fortes pressions économiques**

**Risque de coupures de postes, de baisse de la qualité et de baisse de la satisfaction de la clientèle et du personnel soignant (Kleinknecht et al., 2011)**

**Un système de gestion de la performance des soins est, pour les soins, un outil indispensable face à ces enjeux (RNAO, 2007; Lehn, 2013)**

# La Performance des soins

***La capacité démontrée par une organisation ou par un service d'acquérir les ressources infirmières nécessaires et de les utiliser d'une manière durable pour produire des services infirmiers qui améliorent efficacement les conditions des patients. C.-A. Dubois et al. (2013, p. 6)***

Environnement des soins infirmiers : lois, régulation, systèmes professionnel, éducationnel et socio-économique, culture

### Système de soins infirmiers

Acquisition, déploiement et maintien des ressources

Équipe infirmière

Gestion des conditions de travail

Maintien des ressources infirmières  
Coût économique des ressources

Transformation des ressources en services

Environnement de pratique

Processus de soins

Expérience du patient

Satisfaction professionnelle

Production de changements dans les conditions des patients

Résultats sensibles aux soins infirmiers

Confort & qualité de vie du patient

États fonctionnels du patient

Risques & sécurité

Adaptation et autonomisation du patient

Satisfaction du patient

Contribution conjointe des services infirmiers et des autres systèmes

Autres systèmes organisationnels

## Acquisition, déploiement et maintien des ressources infirmières

- Quantité et intensité des ressources soins
- Composition des équipes de soins
- Nombre d'heures travaillées en continu
- Formation continue du personnel infirmier

## Transformation des ressources en services infirmiers

- Education au patient et à sa famille\**
- Prévention et gestion de la douleur \**
- Planification du congé et de la sortie\**
- Prévention et gestion des escarres\**
- Prévention et gestion des chutes\**
- Prévention des infections urinaires par cathéter et cathéters centraux\**

## Mesures de résultats pour l'ensemble des indicateurs avec \*

## Production de changements dans la condition des patients

- Durée de séjour
- Réadmission

# Prévention et gestion de la douleur

Fiche 

Lien avec Modèle et Domaine

Description de l'indicateur

Rôle des soignants (y.c. infirmiers-ères)

Description des mesures

**Le rôle de l'infirmier-ère dans la prise en charge de la douleur comprend (CHUV, 2011; RNAO, 2002; WRHA, 2012 ):**

***la collaboration étroite avec la personne soignée et l'équipe pluridisciplinaire dans l'évaluation de la douleur et l'élaboration du plan de soins***

***une approche relationnelle à travers des attitudes de communication professionnelle***

***l'information et l'enseignement au patient et à sa famille***

***l'anticipation et la prévention de la douleur, également de la douleur liée aux soins, le dépistage quotidien de la douleur***

***l'évaluation régulière de la douleur à partir de la perspective de la personne soignée et indépendamment des capacités de communication de la personne***

***la gestion de la douleur à travers un plan de soins comprenant des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques, selon les préférences de la personne et les résultats probants***

***l'évaluation de la douleur à l'aide d'outils méthodiques reconnus pour une évaluation complète de la douleur comprenant ses composantes et ses impacts***

***l'évaluation des actions entreprises par la réévaluation de la douleur***

***la prévention et la gestion des effets secondaires des traitements***

***la documentation décrivant la douleur, les actions mises en place et leur évaluation***

***la prise en compte des aspects légaux, déontologiques et éthiques pour un soulagement adéquat de la douleur***

⇒ Dépistage de la douleur à l'admission

Nb de patients dont l'intensité de la douleur est documentée  
Nb de patients admis dans une unité plus de 4h

Note : Le calcul du numérateur se base sur l'heure et la date de la 1ère évaluation de la douleur, ainsi que sur la valeur de l'intensité basée sur une échelle d'évaluation structurée et validée.

Justification : L'évaluation de la douleur commence par son dépistage en interrogeant la personne sur la présence de douleurs (3, 4). Le dépistage de la douleur devrait avoir lieu au premier contact et être considéré comme le cinquième signe vital (3) et ce dans un délai d'au moins 4h après l'arrivée du patient dans une unité.

Cible : selon la justification ou adaptée au contexte spécifique d'une unité (à décrire)

⇒ Fréquence de l'évaluation quotidienne de l'intensité de la douleur lors de douleurs modérées et sévères

Nb d'évaluation de l'intensité de la douleur par jour pour les patients ayant des dlrs modérées à sévères  
Nb de patients dans une unité de soins par jour ayant des douleurs modérées à sévères

Justification : La douleur doit être réévaluée à intervalles réguliers, « à chaque fois qu'elle est signalée à nouveau », et notamment lorsque son intensité augmente (4). La douleur devrait être réévaluée lorsque l'effet de l'intervention atteint son niveau maximal (4). Une douleur égale ou supérieure à un score de 4/10 est considérée comme modérée (8-10).

Cible : La cible minimale devrait être de 3 évaluations par patient par jour selon les horaires de travail de l'unité (3 minimum pour les unités ayant des horaires de 12h et 4 minimum pour les unités ayant des horaires de 8h30). Cela représente une évaluation par horaire, plus une réévaluation sur minimum un des horaires.

La cible peut être adaptée au contexte spécifique d'une unité (à décrire)

⇒ Adéquation des interventions pharmacologiques en fonction de l'intensité de la douleur

Utilisation du Pain Management Index (PMI) : Le Pain Management Index est un outil de mesure de l'adéquation entre l'intensité de la douleur et les interventions pharmacologiques (10). Pour le calculer, trois scores sont nécessaires :

- Le taux de patients dont la prescription d'antalgiques est adéquate
- Le taux de patients dont l'administration d'antalgiques est adéquate
- La différence entre ces deux taux

Taux de patients dont les interventions pharmacologiques prescrites sont adéquates

PMI<sub>p</sub> = Score d'analgésie prescrite – Intensité de la douleur

Taux de patients dont les interventions pharmacologiques administrées sont adéquates

PMI<sub>a</sub> = Score d'analgésie administrée – Intensité de la douleur

Différence de score entre l'intensité de la douleur et le palier d'antalgique administré / prescrit

PMI<sub>p</sub> - PMI<sub>a</sub>

Note : Calcul détaillé du score (9, p. 2).

Justification : Le traitement de la douleur doit être initié immédiatement après sa détection (11). Le traitement antalgique devrait être congruent avec l'intensité de la douleur (10). Les interventions pharmacologiques sont une composante intégrale de la gestion de la douleur (6). Le but principal de la gestion de la douleur est de maximiser l'indépendance fonctionnelle et la qualité de vie par une minimisation de la douleur dès que possible (7, 12, 13).

Cible : Absence de différence de score entre le PMI<sub>p</sub> et le PMI<sub>a</sub>, ce qui signifie que le traitement prescrit a été administré.

# **Activités liées à un système de gestion de la performance des soins**

**Réaliser les TB**

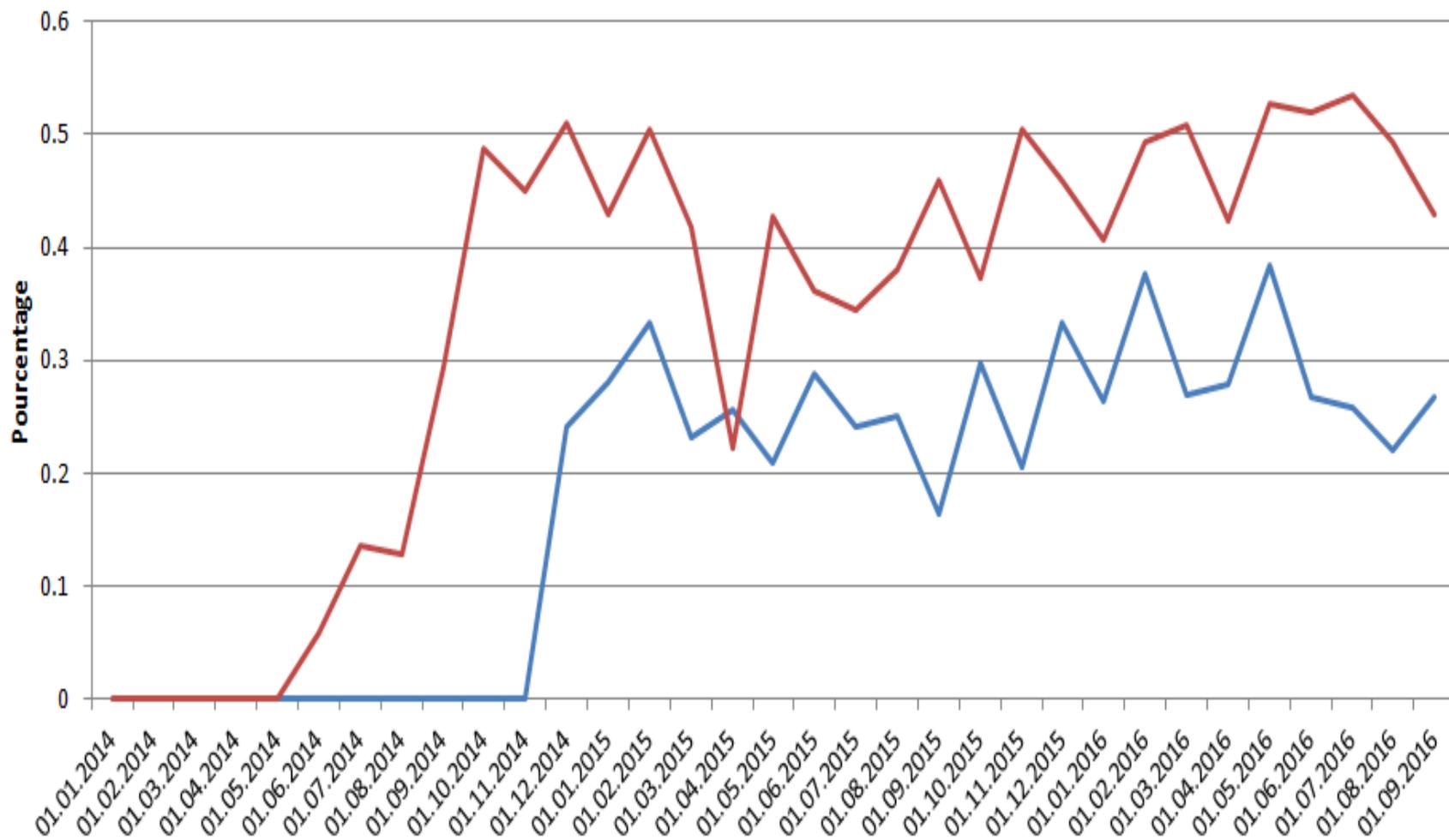
**Analyser les résultats et réaliser un plan d'action**

**Valider le plan d'action**

**Mettre en œuvre le plan d'action**

**Mesurer les résultats (puis recommencer au point 2)**

## Evaluation numérique de la douleur dans les 4h après le début du mouvement



# Echanges

# Bibliographie

CHUV. Evaluation et gestion de la douleur au CHUV. Lausanne: CHUV; 2011.

D'Amour, D., Dubois, C.-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, Ã., Biais, R. g., & Rivard, M. I. (2012). Measuring Actual Scope of Nursing Practice A New Tool for Nurse Leaders. *Journal of Nursing Administration, 42(5)*, 248-255. doi:10.1097/NNA.0b013e31824337f4

Doran, D. M., & Pringle, D. (2011). Patient Outcomes as an Accountability. In D. M. Doran (Ed.), *Nursing Outcomes : The State of the Science* (2 ed., pp. 1-27). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

Dubois, C. A., D'Amour, D., Pomey, M. P., Girard, F., & Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nurs, 12*, 7. doi:10.1186/1472-6955-12-7

IOM. (2011). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*: The National Academies Press.

Kleinknecht, M., Frei, I. A., Spichiger, E., Müller, M., Martin, J., Straudacher, D., & Spirig, R. (2011). Daten vor und nach der DRG-Einführung. *Krankenpflege, 2*, 16-18.

Lang, N. M., Mitchell, P. H., Hinshaw, A. S., Jennings, B. M., Lamb, G. S., Mark, B. A., & Moritz, P. (2004). Foreword: measuring and improving healthcare quality. *Medical Care, 42(2)*, II-1-3.

Lehn, I. (2013). *Implanter et pérenniser un système de gestion de la performance des services infirmiers*. (MScN), Université de Montréal, Montréal. Retrieved from <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11238>

RNAO. (2002). *Implementation of Clinical Practice Guidelines: Toolkit*. [http://www.rnao.org/Storage/12/668\\_BPG\\_Toolkit.pdf](http://www.rnao.org/Storage/12/668_BPG_Toolkit.pdf).

RNAO. (2007). *Développement et maintien du leadership infirmier*. Retrieved from [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/2802\\_Programme\\_de\\_lignes\\_directrices\\_pour\\_la\\_pratique\\_exemplaire\\_des\\_soins\\_infirmiers.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/2802_Programme_de_lignes_directrices_pour_la_pratique_exemplaire_des_soins_infirmiers.pdf)

Winnipeg Regional Health Authority. Pain assessment and management, clinical practice guidelines. 2012.