

# L'IC PTG à l'A.I.T de Tournai

Un IC au service des patients

Un IC au service des soignants

G CLYNCKEMAILLIE

LUGANO

27.11.08



# AVANT LA MISE EN PLACE



- Les chirurgiens ayant des formations différentes, les procédures étaient différentes
- Les chirurgiens sont tous indépendants
- La fusion de deux hôpitaux accentua le problème: autres chirurgiens et mélange de personnel
- Des réunions hebdomadaires existaient mais pour parler de dossiers et non pas de procédures



- Chef infirmier ,gardien de l'itinéraire clinique du chirurgien.
- Des tentatives d'harmonisation par l'infirmier chef de service avaient eu lieu mais étaient restées sans suite.



- En 2001 l'institution entre dans un processus qualité. Création de petits projets qualité, participation aux projets Solimut
- En 2004 création d'un poste de coordinateur qualité et inscription de l'institution au projet Itinéraires Cliniques sous l'impulsion et de la direction générale et médicale



- adhésion directe au projet
- participation à la formation de trois jours organisée par l'HSR-UCL ce qui me conforte dans cette adhésion.
- Le coordinateur qualité suit les cours d'expert en IC.
- Démarrage du projet, entre autres, par le relevé des diverses pratiques dont voici le constat :



# Constat...

	CHIR A	CHIR B	CHIR C
Entrée	J0	La veille 14h	La veille 17h
Compat	Oui (1 unité)	Groupe uniquement	Oui (2 unités)
Localisation Radios?	?	?	?
Préparation préop	rasage + Désinfection	Rien	Rasage
HBPM veille ? J0	Clexane Non Oui	Fraxiparine Oui Oui	Clexane Non Non



# Constat...

	CHIR A	CHIR B	CHIR C
Radio post-op	J+1	J+2	J+2
Sortie du patient	En fonction de l'état du patient	En fonction de l'état du patient	En fonction de l'état du patient
1er lever	J+2	J+2	J+3
...	...	....	....

De plus il arrivait que les ordres postopératoires d'anesthésie divergient des procédures des chirurgiens



# Et donc finalement....

- Multitude de procédures à consulter, à connaître
- Attention continuelle de l'infirmier en chef.
- Manque d'informations( où sont les gonio?)



- Source de stress
  - Source d'erreurs
- Source de conflits



risques pour le patient



## Mais aussi...

- L'évaluation de la douleur n'était pas reprise dans les paramètres
- La pose de la glace n'était pas régulière
- Qui s'est chargé du premier lever ?
- Quelle est la valeur de l'angle de flexion?
- Le patient peut sortir mais l'assistante sociale est-elle passée?



# LA CREATION DE L'ITINERAIRE CLINIQUE



# Quelle méthode avons nous employée ?

- Méthode en 30 activités proposée par le RIC, elle-même basée sur celle du NKP
- Les grands axes en sont:
  - Création de l'équipe multidisciplinaire
  - Fixation des objectifs
  - La time task matrix
  - La mesure des variances
  - L'adaptation



- Sans oublier les quatre piliers des IC
  - EBM
  - Patients
  - Personnel
  - Ressources de l'établissement



# Fixation des objectifs

- Méthode préconisée par le RIC : les membres de l'équipe multidisciplinaire fixent les objectifs.
- A l'AIT adaptation de la méthode : ce sont **TOUS** les acteurs de première ligne qui ont fixé les objectifs.
- Ces objectifs ont été ensuite travaillés par les membres de l'équipe multidisciplinaire



# Leurs objectifs

- 1) Antalgie et nausée
  - 2) Information au patient
  - 3) Diminution des infections
  - 4) Amélioration des consultations d'anesthésie
  - 5) Contacts avec le médecin traitant en pré et post-opératoire
  - 6) Mobilisation
  - 7) Escarres
  - 8) TVP et Embolies
  - 9) Livret explicatif
  - 10) Consentement éclairé
  - 11) Pansement
  - 12) Amélioration du circuit patient
- A ces 12 points fut ajouté un 13<sup>ième</sup> : la diminution de la durée de séjour.
  - Le point 1 fut séparé en 2 objectifs distincts ainsi que le point 3



## Groupe des acteurs « satellites »

- Admission
- Infirmières de consultation
- Salle d'op.
- Radio, labo, hôpital de jour
- Brancardier, technicienne de surface



# Leurs rôles

- Enumération des améliorations à apporter à l'itinéraire existant
- Après la récolte des desiderata, rencontre entre le coordinateur et les responsables de chaque département
- Etude des solutions envisageables afin d'apporter les améliorations souhaitées
- Rencontre avec certains responsables lors de réunions multidisciplinaires



# REUNIONS ORTHO

## Définition IC

- Enoncé des objectifs
- Classement des objectifs
- Analyse des feuilles de soins infirmiers
- Consensus sur majorité de points
- Recherche biblio pour d'autres



# APRES LA MISE EN PLACE



# CONCRETEMENT

- Principe des check-list
  - Chirurgien
  - Infirmières de consultation
  - Anesthésiste
  - Chef infirmier de l'étage
- Pour les autres: procédure déterminée
- Suivi



	CHIR A	CHIR B	CHIR C
Entrée	La veille 14h	La veille 14h	La veille 14h
Compat	Groupe uniquement	Groupe uniquement	Groupe uniquement
Localisation Radios?	Check-list	Check-list	Check-list
Préparation préop	rasage + Désinfection	rasage + Désinfection	rasage + Désinfection
HBPM veille ? J0	Clexane Oui Oui	Clexane Oui Oui	Clexane Oui Oui



	CHIR A	CHIR B	CHIR C
Antibiotiques	céfacidal 2g en préop 4x1g en post-op	céfacidal 2g en préop 4x1g en post-op	céfacidal 2g en préop 4x1g en post-op
Biologie post-op	J+1 et J+3 VS	J+1 et J+3 VS	J+1 et J+3 VS
Pansement	J+2	J+2	J+2
Ablation redon	J+2	J+2	J+2
Culture redon	Non	Non	Non

	CHIR A	CHIR B	CHIR C
Radio post-op	J+2/J+3	J+2/J+3	J+2/J+3
Sortie du patient	Objectif < 10j	Objectif < 10j	Objectif < 10j
1er lever	J+2	J+2	J+2
Douleur	Schéma commun	Schéma commun	Schéma commun

# PROTOCOLE D' ANTALGIE ( proposition Dr Schaeffer et Dr Brouillard)

## PTH

### ANTALGIE

*CONTRAMAL*

dans la perfusion / 24h ensuite

4x1 gélule/24h

*PERFUSALGAN*

durant 24h ( 1gr/20Kg) ensuite

*DAFALGAN*

comprimés 1gr 3 à 4 x /jour

Si PCA : *DIPIDOLOR* (3A°/30cc physio) bolus 1 mg ,7'intervalle ,avec

une dose maximale de 20 mg/4h durant 48h

ensuite

*MS DIRECT* (10 ou 20 mg)/4h si nec

Si pas PCA : *MS DIRECT* (10 ou 20 mg)/4h si nec

(*CONTRAMAL* IV en réserve si le *MS DIRECT* ne suffit pas)

Les doses seront adaptées en fonction de l'âge du patient (75 ans) ou de son état

Sauf contre indications :

*TARADYL* 3 x3 ampoules postop. ensuite

*TOLINDOL* 1comprimé matin et 2 comprimés le soir

## PTG

### ANTALGIE

*CONTRAMAL*

dans la perfusion / 24h ensuite

4x1 gélule/24h

*PERFUSALGAN*

durant 24h ( 1gr/20Kg) ensuite

*DAFALGAN*

comprimés 1gr 3 à 4 x /jour

*KT NAROPIN*

durant 48h ensuite

*MS DIRECT* (10 ou 20 mg)/4h

Les doses seront adaptées en fonction de l'âge du patient (75 ans) ou de son état

Sauf contre indications :

*TARADYL* 3 x3 ampoules postop. pendant 24h ensuite

*TOLINDOL* 1 comprimé matin et 2 comprimés le soir

## HYPNOTIQUE

Somnifère du patient

Si le patient n'en prend pas à domicile : durant 48h : *XANAX* 0,5 à 20h si nécessaire



## PROCOLE D' ANTALGIE ( proposition Dr Schaeffer et Dr Brouillard revu le 10.11.08 )

### PTH

#### ANTALGIE

*CONTRAMAL*

dans la perfusion / 24h ensuite

4x1 gélule 100 / 24h

*PERFUSALGAN*

durant 24h ( 1gr/20Kg) ensuite

*DAFALGAN*

comprimés 1gr 3 à 4 x /jour

Si PCA : *MORPHINE* (3A°/30cc physio) bolus 1 mg ,7' intervalle ,avec

une dose maximale de 20 mg/4h durant 48h

ensuite

*MS DIRECT* (10 ou 20 mg)/4h si nec.

Si pas PCA : *MS DIRECT* (10 ou 20 mg)/4h si nec / *DIPIDOLOR IM* 10 à

20 mg / 6h

Les doses seront adaptées en fonction de l'âge du patient (75 ans) ou de son état

Sauf contre indications :

*TARADYL* 1x3 ampoules postop. A J0. Remplacé à partir de J+1 par du

*TOLINDOL* 1comprimé matin et 2 comprimés le soir jusqu'à J8 couvert par une protection gastrique *ZANTAC IV 50* 3 x relayer per os 150 1x/jour

### PTG

#### ANTALGIE

*CONTRAMAL*

dans la perfusion / 24h ensuite

4x1 gélule/24h

*PERFUSALGAN*

durant 24h ( 1gr/20Kg) ensuite

*DAFALGAN*

comprimés 1gr 3 à 4 x /jour

*KT NAROPIN*

durant 48h ensuite

*MS DIRECT* (10 ou 20 mg)/4h

Les doses seront adaptées en fonction de l'âge du patient (75 ans) ou de son état

Sauf contre indications :

*TARADYL* 1x3 ampoules postop. A J0. Remplacé à partir de J+1 par du

*TOLINDOL* 1comprimé matin et 2 comprimés le soir jusqu'à J8 couvert par une protection gastrique *ZANTAC IV 50* 3 x relayer per os 150 1x/jour

### HYPNOTIQUE

Somnifère du patient Si le patient n'en prend pas à domicile : durant 48h : *XANAX* 0,5 à 20h si nécessaire

# Points positifs (pour le personnel infirmier)

## Meilleure organisation



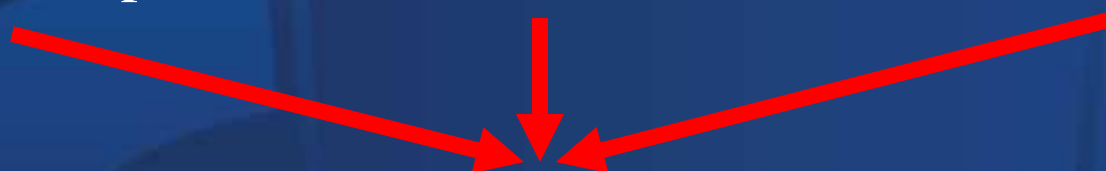
gain de temps



Moins de stress



diminution du risque d'erreurs



Diminution des risques pour le patient



## Points positifs (pour le personnel infirmier)

- Amélioration de la gestion de la douleur
- Tous les intervenants deviennent des gardes barrières .
- L'itinéraire clinique, au contraire des idées reçues, entraîne plus de réflexions
- La communication multidisciplinaire, les dialogues, les échanges sont améliorés



# CHANGEMENTS

- Hygiène préop
- Politique du sang
- Ordres postop
- Coordination infirmière-kiné
- Procédure latéralité
- Rcm
- Bilan rx
- Douleur....
- L'IC permet de régler de vieux problèmes



# POINTS POSITIFS

- Travail d'équipe - projet commun
- Intégration de mini-projets (escarres latéralité,..)
- Pression au changement de manière indirecte
- Amélioration dossier médical
- Découverte du travail de collègues(coordonateur,labo,inf,...)
- Maîtrise des coûts à travers une démarche qualité



# POINTS NEGATIFS

- Long à mettre en place
  - Diffusion info
  - Beaucoup d'intervenants
- Limite procédures - art médical



# Points positifs (pour le coordinateur qualité)

## EN QUELQUES CHIFFRES

- A la question: Globalement, je suis satisfait du climat de travail autour du projet ICPTG

Le nursing a répondu 3,69/4

- A la question: L'organisation des examens préopératoire est –elle efficace ?

Les patients ont répondu 3,76/4



# Diminution de la durée de séjour

- Avant la mise en place de l'IC (mars-mai 2004)  
étude de 20 dossiers
  - mali de 22 jours
  - 15 jours d'hospitalisation perdus au S2 (15 jours S2 pour 21 jours au DC6)
- Après la mise en place de l'IC sur 33 dossiers étudiés
  - 73 jours de boni
  - séjour de 2 patients S2 tout à fait aux normes
  - En moyenne une diminution de 3jours d'hospi/patient



# Points positifs (pour le coordinateur qualité)

- Coordinateur : contacts enrichissants avec les acteurs de terrain.
- Personnel : satisfait d'avoir pu exprimer son opinion, ses attentes, d'avoir été consulté.
- Découverte de la richesse et de l'importance du travail multidisciplinaire qui devient interdisciplinaire (orchestre- application générale)
- Succès des réunions multidisciplinaires : taux de participation de 100 %
- L'ensemble du personnel orthopédie est demandeur d'IC : PTH, Fracture col du fémur...



# Conditions de réussite (pour le coordinateur qualité)

- Il faut un personnel motivé, ouvert au dialogue
- Le soutien total des directions
- Pour le coordinateur, un temps de travail suffisant.
- Que les intervenants acceptent les mesures des variances et tiennent compte des adaptations proposées.



# Il faut laisser le temps au temps...

- 6 à 7 mois de travail pour la finalisation des objectifs (octobre 2004 à avril 2005)
- 4 mois pour la mise en place de l'IC
- 12 réunions multidisciplinaires d'une durée d'1h30
- Dans le même temps étude et mise en place des solutions répondant aux améliorations souhaitées.
- Temps pour effectuer les pré et post mesures
- Adaptation de l'IC



# PRIMORDIAL (pour le corps médical)

Coordinateur

indépendant

Crédible ( je fais ce que je dis)

organisé

Soutien administration(logistique)

Déterminer les objectifs,les mesurer

Pas d'interruption



# SITUATION ACTUELLE -

Coordinateur qualité débordé

Trop d'attentes des partenaires

Difficile de boucler la boucle(feed back)

Perte de crédibilité possible si essoufflement des locomotives

Projets interservices difficiles



# SITUATION ACTUELLE +

Coordinateur qualité débordé

Beaucoup d'attentes des partenaires

Si anomalie par rapport à l'IC, réaction immédiate

Culture de la qualité installée en orthopédie



# PISTES DE REFLEXION

Incorporation précoce de futures locomotives

Résoudre les petits détails de logisitique  
(dossiers)

Intégration suivi à long terme

Outils informatiques

Centres d'excellence?



MERCI

