



Des DI-RHM à la différenciation des fonctions infirmières, à l'aune du DPI, un très vaste débat

Ghislain Sad
Alexandre Delniotis

Vendredi 8 juin 2018

Plan de la présentation

- Introduction
- Philosophie
- 10 ans d'informatisation autour des soins infirmiers au CHR du Val de Sambre
 - **Focus 1** : DII
 - **Focus 2** : DI-RHM
 - **Focus 3** : PMI
- Différenciation des fonctions et DPI
- Perspectives d'avenir

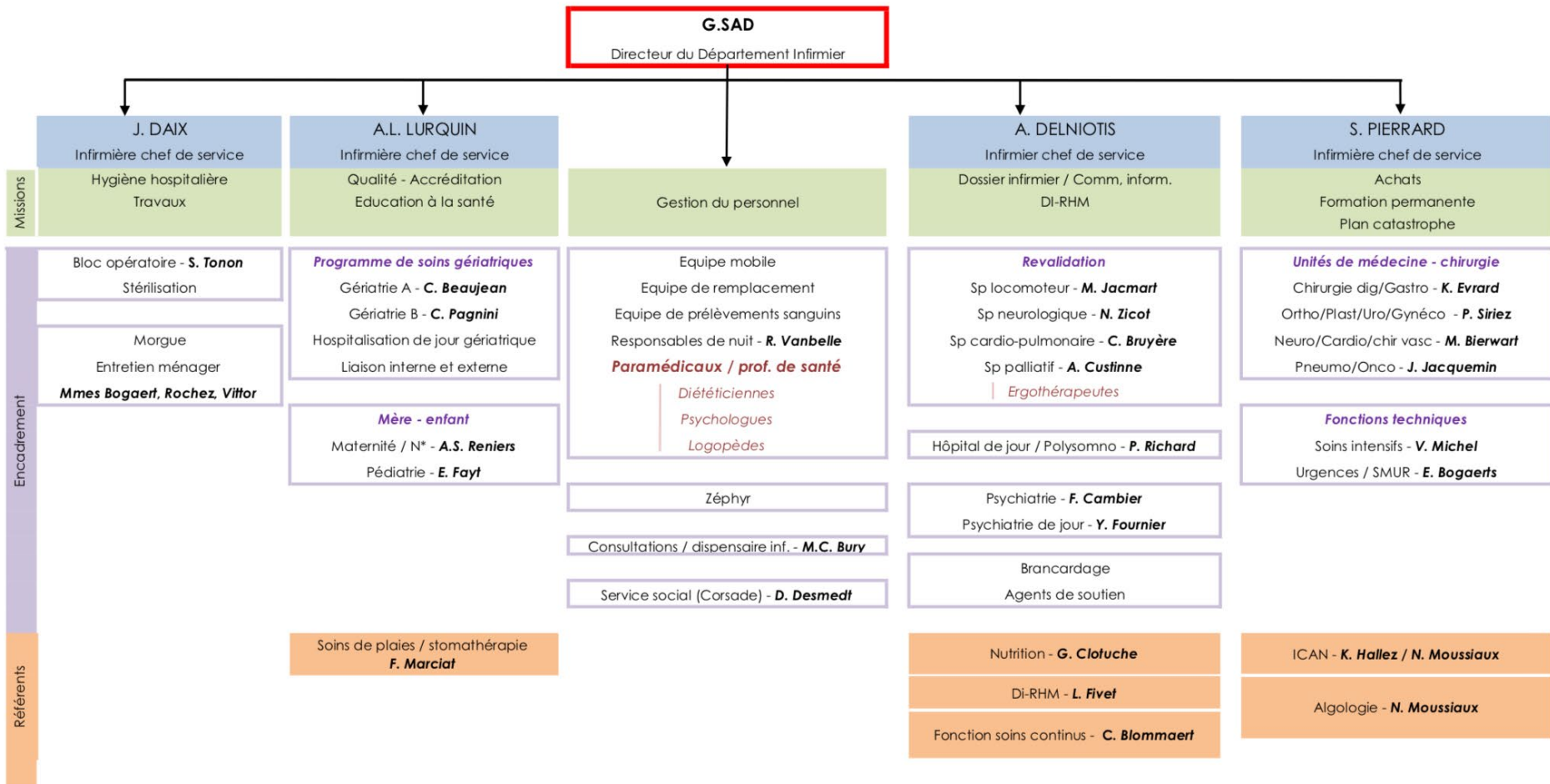
Introduction (1/2)

- **APP CHR Sambre et Meuse** née le 01.01.12 de la fusion administrative des deux hôpitaux publics de la Province de Namur
- Chaque structure possède son *propre numéro d'agrément*
- Capacité de **700 lits** agréés sur deux sites :
 - 397 sur le site Meuse (CHR de Namur)
 - 303 sur le site Sambre (CHR du Val de Sambre)
- Le **site Sambre** est un hôpital aigu de **proximité** proposant des soins à dimension humaine, **accessibles** à tous et de grande **qualité**

Introduction (2/2)

- Nouvelle Direction du Département Infirmier depuis septembre 2017
- Cadre Intermédiaire : responsabilités **verticales** et **horizontales**
- Personnes ressources transversales venant de la base pour thèmes spécifiques
- Un cadre managérial **solide** et **clair** dans lequel évolue des collaborateurs **experts** et **autonomes** dans leurs fonctions

Organigramme du département infirmier



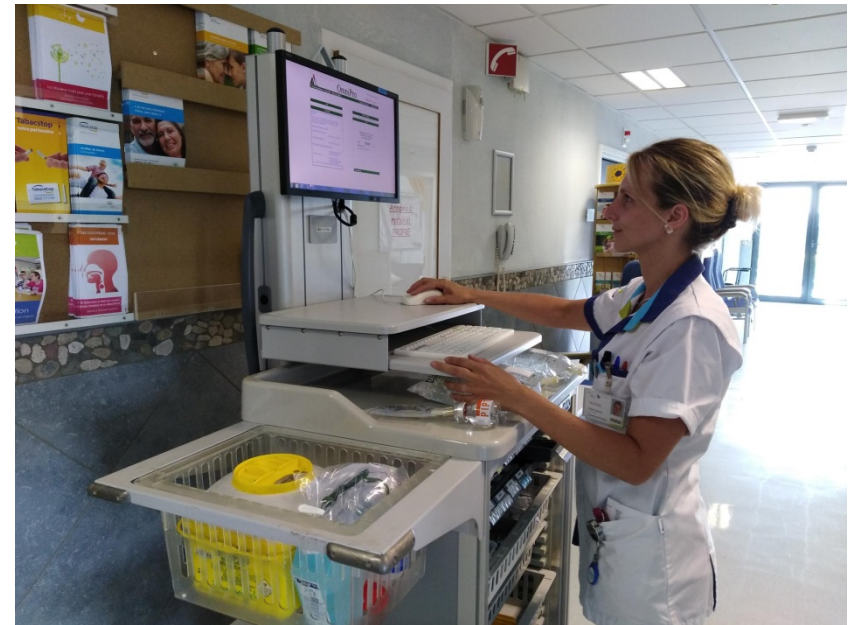
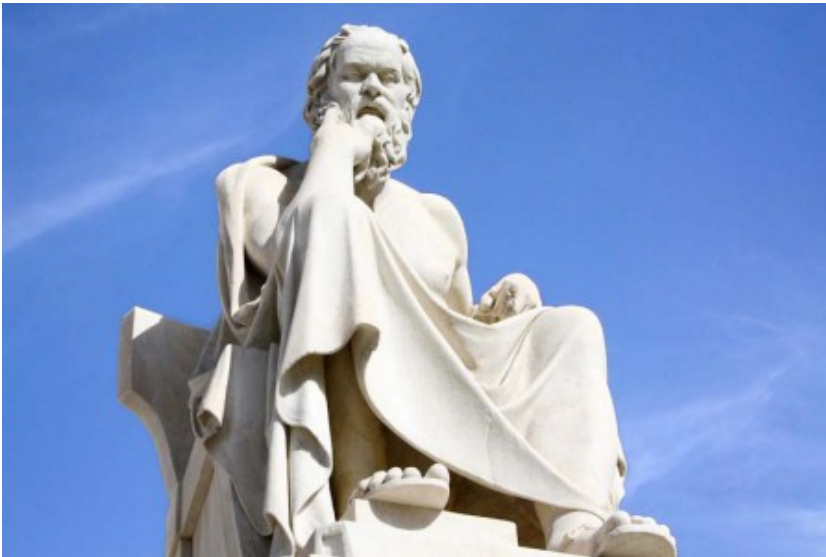
Philosophie : L'informatique au service du patient...Et du soignant (1/2)

- Intégrer l'informatisation dans une **philosophie de soins globale** et centrée sur le patient
- Considérer l'informatisation non pas comme une fin en soi mais comme un **moyen** d'améliorer la qualité et la visibilité des soins infirmiers
- Un dossier infirmier informatisé se conçoit **sur** et **avec** le terrain, pas dans un bureau
- **Faire comprendre** les tenants et aboutissants des différents projets pour que nos collaborateurs soient **acteurs** de ceux-ci.

Philosophie : L'informatique au service du patient...Et du soignant (2/2)

- Mise à disposition **d'indicateurs fiables** comme aide à la décision (CFQAI, DI-RHM,...)
- L'information doit être **rapidement accessible** et exploitable pour l'infirmier (un minimum de clics)
- Permettre un **reporting** pour exploiter au mieux l'augmentation du volume d'informations
- **Réévaluations fréquentes** de l'outil et adaptation au plus proche de l'activité réelle...Toujours en concertation avec le terrain

De Socrate à Nathalie : comment avons-nous opérationnalisé notre philosophie ?



Par une décennie de projets ...

Participatif



Focus 1 : Le dossier infirmier informatisé

« ...Être professionnel c'est savoir exactement ce que l'on fait, pourquoi on le fait et comment on pourra vérifier le résultat de ses actions... »

Rosette POLETTI (1938 -)



Diagramme de soins en 2008 au CHR du Val de Sambre

DATES																																																									
		JOUR																																																							
B		ELIMINATION		M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N												
210	1	Autonome																																																							
		Surveiller miction (fréquence, odeur, couleur, quantité)																																																							
		- Noter si ressent besoin d'uriner																																																							
		- Mettre sonnette à disposition																																																							
220	1	Aide pour :-se rendre -aux toilettes																																																							
		-sur chaise percée																																																							
		-installer - aux toilettes																																																							
		-sur la chaise percée																																																							
		-sur la panne																																																							
220	1	Donner urinal, panne / vider urinal, panne																																																							
		- Mettre BH ou alèze de protection																																																							
230	1	Contrôle lange / alèze / étui pénien																																																							
		Changeement lange / alèze()																																																							

Objectifs

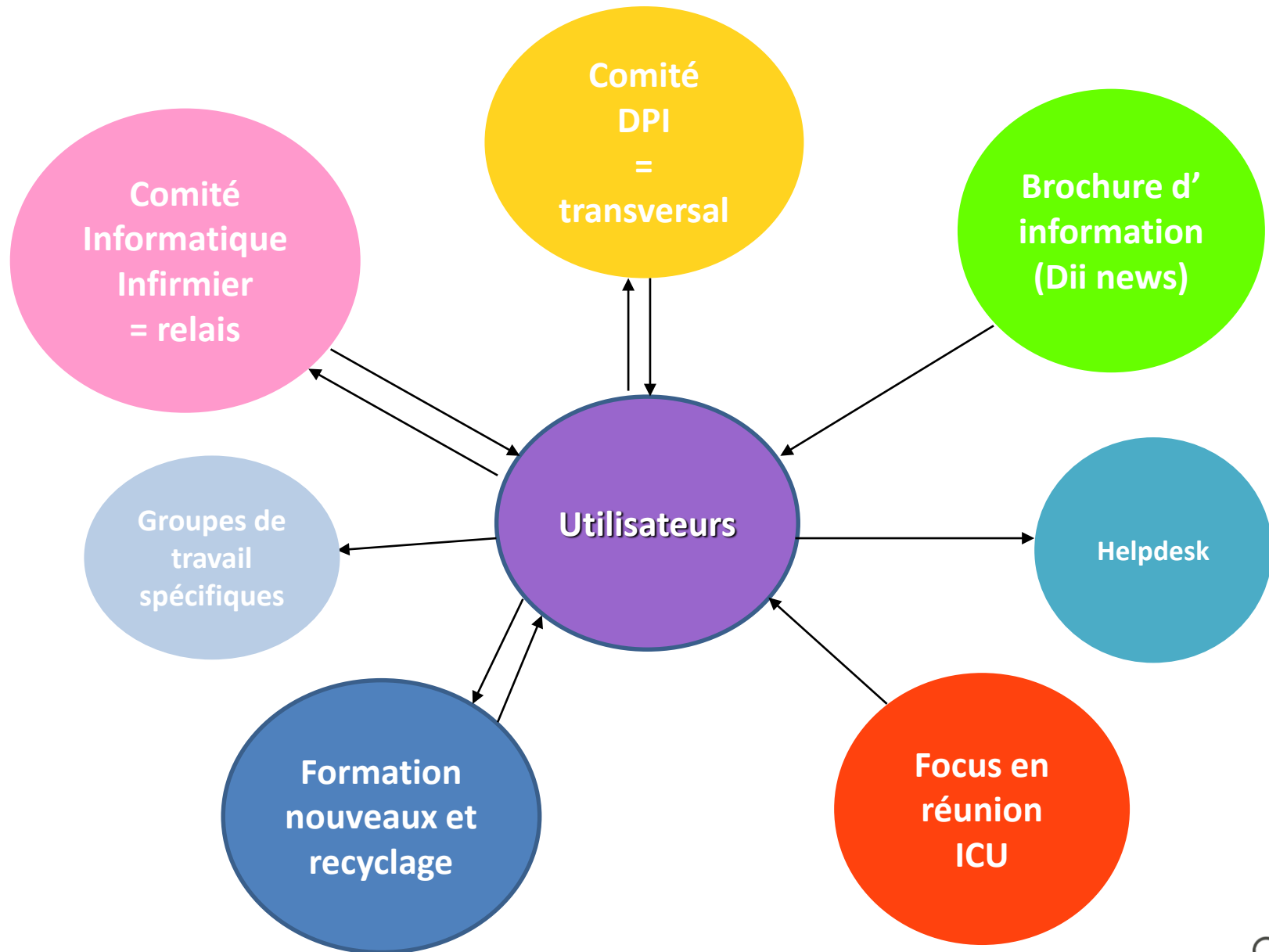
- Améliorer la saisie de données en **quantité** et en **qualité**.
- Un maximum de **données structurées** avec le moins de clics possibles
- Une **démarche professionnelle** et **scientifique** (*plans de soins de référence,...*)

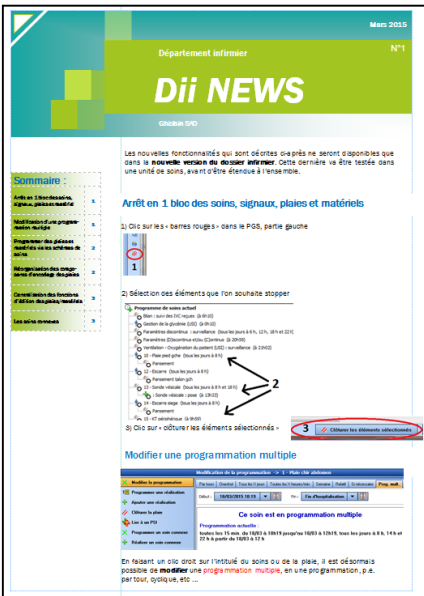
Processus d'implémentation

- De 2009 à 2014 (en ce compris bloc opératoire, USI, urgences, psychiatrie, maternité,...)
- Selon un planning de formation et de déploiement (fin théorique en 2011)

				1 Phase 1		2 Phase 2		3 Phase 3																			
	Effectif	Lits	sept-09	oct-09	nov-09	déc-09	janv-10	févr-10	mars-10	avr-10	mai-10	juin-10	juil-10	août-10	sept-10	oct-10	nov-10	déc-10	janv-11	févr-11	mars-11	avr-11	mai-11				
1	2B	15	3	1	2	2	2																				
2	3C	20	3	1	1	1	2																				
3	0B	15	3				1	1	2	2	3																
4	SPCP	14	3				1	1	2	2	3																
5	SPL	18	3						1	1	2	2			3												
6	2C	17	3						1	1	2	2			3												
7	3A	19	3							1	1	2			2	3											
8	3B	22	3							1	1	2			2	3											
9	Bloc	17									1	1			2	2	3										
10	SPN	13	3								1	1			2	2	3										
11	Péd	15	3									1			1	2	2	3									
12	Mat	20										1			1	2	2	3									
13	HJMC	9													1	1	2	2	3								
14	HJG	3													1	1	2	2	3								
15	Psy	16													1	1	2	2	3								
16	Urg	22															1	1	2	2	3						
17	USI	20																1	1	2	2	3					
18	SPPal	14																	1	1	2	2	3				
	Vol jour	27																									
	Vol nuit	8																									

Démarche participative et soutien aux utilisateurs





Communiquer... Toujours communiquer

Dès 2015, on communique sur la PMI

Projet innovant : image prise par APN et lien fort avec le patient

Dii News Juin 2015

La prescription informatisée du médicament

Aujourd'hui, la prescription et l'administration des médicaments se rédigent de façon manuscrite

Demain, cette prescription sera intégrée à notre système et il parlera tant au dossier patient informatisé que le logiciel de Pharmacie (stock et tarification)

Malgré l'informatisation des différents acteurs concernés, la prescription et l'administration du médicament sont toujours au format papier... mais plus pour longtemps. Ce **changement manquant est désormais un projet à court/moyen terme** de notre institution.

Il s'agit d'un projet trans-départemental qui réunit à la fois, les acteurs **pharmaciens, médecins et infirmiers**.

Chaque département a énormément à gagner dans ce projet et surtout en matière de qualité, sécurité et traçabilité. Le département infirmier accueille ce projet avec beaucoup de satisfaction. Depuis le temps que nous étions demandeur... Qui plus est, **l'environnement logiciel est connu** : c'est celui dans lequel vous travaillez tous les jours ! Pour faire simple, vous paraphérez un médicament comme vous le faites pour n'importe quel soin. Et c'est sur le gâteau, fines prescriptions lisibles.

L'unité pilote sera la **gériatrie A** et les tests devaient d'émarrer au **mois de novembre**.

Le département infirmier profite de cette opportunité pour entamer une **réflexion sur la programmation des tours de distribution des médicaments**.

D'un point de vue pratique, les nouveaux chariots PC mobiles sont prévus pour être couplés à un **chariot à médicaments**. Ce qui permettra une préparation, distribution et signature **sans un même temps**.

Page 2

Dii News Juin 2015

Les photos de plaies

Souvent, une image vaut mieux qu'un bng discours.

Afin de suivre l'évolution d'une plaie, quel est plus parlant qu'une **série de photos** ? La société Telemis, déjà présente dans notre institution pour tout ce qui concerne l'imagerie médicale, propose un outil tout à fait nouveau en la matière : le logiciel **TM capture**.

La grande particularité de ce logiciel est de permettre de « rattraper » **sans erreur possible** une image à un dossier patient. Car l'enjeu est là : la **bonne photo au bon patient**. A nouveau donc, des enjeux de sécurité et de qualité.

De manière très simple, via une tablette **dédiée exclusivement à cet usage**, le logiciel permettra de choisir un patient dans une liste. Une fois le choix validé, suivra la prise d'un cliché. A nouveau, après validation, le cliché sera automatiquement relié au patient, dans son dossier.

Les images ne nous dispenseront pas de décrire les plaies comme nous le faisons aujourd'hui, mais elles apporteront un **plus indéniable pour le suivi**. Par ailleurs, cet outil ne se limitera pas qu'aux photos de plaies, car il y a beaucoup d'autres utilisations possibles (soin esthétique, constat de blessures, suivi dermatologique, etc...)

« Une image vaut parfois mieux qu'un long discours »

Exemple de visibilité dans le dossier (à développer). Mais aussi via rapport, etc.

Page 3

Exemple de Focus dossier infirmier destiné aux ICU

Dossier infirmier Focus n°3

Evaluation Gériatrique Globale

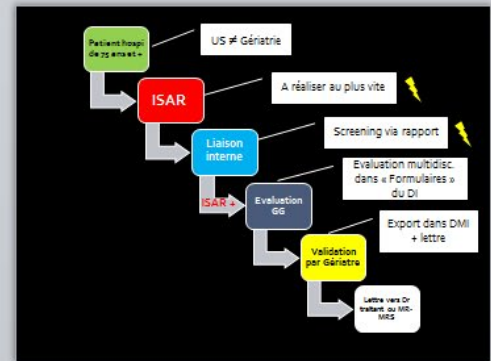
Réunion ICU g/la5 - G. SAD

1

Evaluation gériatrique globale

Définition

2



3

Evaluation gériatrique globale

Processus

5

Evaluation gériatrique globale

Dans le dossier patient

6

Visualisation du rapport

7

Paramètres des données 28x5x08_Card Vanc/leur 12713

Chaque case à la base du patient peut accéder aux paramètres

LI	Patient	Age	Médecin	Examen	hour	Bras	Temp	Puls	Taille	Ts	FC	Sat O2	Mécan	Transit
						°C	°C	kg	cm	mmHg	min	%		
00-1	75 ans	JANOTAG	02/02/16	04/02/16	37,7	92	102	163	166	100	100	100	Normale	Normale
00-2	81 ans	BOUJED	03/02/16	04/02/16	36,3	100	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-3	72 ans	BOUJED	10/02/16	04/02/16	36,7	100	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-4	82 ans	BOUJED	03/02/16	04/02/16	36,6	100	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-5	82 ans	BOUJED	06/02/16	04/02/16	36,1	98,5	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-6	74 ans	VAGUEZ	27/01/16	27/01/16	36,8	88,6	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-7	82 ans	JANOTAG	06/02/16	04/02/16	36,7	96	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-8	84 ans	CLUSE	27/01/16	04/02/16	36	99,2	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-9	82 ans	VAGUEZ	06/02/16	04/02/16	36,7	96	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-10	77 ans	VAGUEZ	02/02/16	04/02/16	37	96,6	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-11	86 ans	VAGUEZ	06/02/16	04/02/16	35,7	79,5	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-12	80 ans	JANOTAG	25/01/16	25/01/16	36,8	100	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-13	74 ans	BOUJED	07/02/16	04/02/16	36,5	100,8	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-14	88 ans	BOUJED	28/01/16	04/02/16	35,8	117	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-15	82 ans	VAGUEZ	08/02/16	04/02/16	37,1	111	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-16	83 ans	BOUJED	06/02/16	04/02/16	36,5	96	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-17	78 ans	JANOTAG	06/02/16	04/02/16	36,3	115,8	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-18	79 ans	BOUJED	03/02/16	04/02/16	37,3	100	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-19	84 ans	VAGUEZ	06/02/16	04/02/16	36,2	76	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-20	77 ans	BOUJED	03/02/16	04/02/16	36,9	100	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale
00-21	84 ans	VAGUEZ	02/02/16	04/02/16	37,8	107	100	100	100	100	100	100	Normale	Normale

Evaluation gériatrique globale

Contenu

Exemple de plan de soins de référence (1/5)

Plan de soins pour la prise en charge en unité cérébro-vasculaire d'un patient atteint d'un AVC

Complications potentielles et problèmes en soins infirmiers	
Risque de complication(s) neurologique(s)	
Risque de complications thrombo-emboliques	
Risque de complications infectieuses	
(Risque) d'atteinte à l'intégrité de la peau	
Douleur	
Risque de fausse déglutition	
Altération de la mobilité physique	
Communication altérée	
Déficit en soins personnels	

Description	Objectifs	Actions
Le risque de complications neurologique est liée à l'extension de l'ischémie et/ou de la pression intracrânienne et/ou œdème cérébral et/ou hydrocéphalie et/ou engagement cérébral et/ou épilepsie	Préserver le pronostic vital et fonctionnel dès la phase initiale de la prise en charge Détecter et traiter le plus rapidement possible les complications neurologiques	
Le risque thromboembolique est lié à l'allitement et l'immobilité du patient	Dépister les signes d'une thrombose des membres inférieurs	
Le risque de complication infectieuse respiratoire est lié au risques de fausse de déglutition et/ou d'inhalation liquide gastrique et/ou à l'allitement Le risque de complication infectieuse urinaire est lié au risque de rétention urinaire	Prévenir les complications infectieuses	
Détérioration ou risque de détérioration de l'épiderme et du derme	Prévenir les complications de décubitus	
Situation où une personne subit et signale une souffrance intense ou une sensation de malaise	Evaluer la douleur du patient et la soulager	
Situation où une personne risque d'inhaler des sécrétions, des solides ou des liquides dans la trachée et les bronches.	Vérifier le réflexe de déglutition et surveiller si nausées	
Situation où une personne a perdu ou risque de perdre sa pleine capacité de mouvement, sans être totalement immobilisée	Renforcer et rétablir les capacités fonctionnelles tout en prévenant la détérioration de ces capacités	
Situation où une personne qui entend bien a toutefois de la difficulté à parler ou risque d'en avoir	Permettre à la personne de se faire comprendre au mieux de ses possibilités	
Situation où une personne a de la difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne en raison d'un déficit motif ou cognitif	Pallier aux difficultés de la personne à accomplir les activités de vie quotidiennes	



Actions	Evaluer la profondeur d'un coma au moyen de l'échelle de Glasgow
	Reconnaître la spécificité des signes neurologiques et contrôler leur évolution dans les heures qui suivent l'AVC En cas d'AVC constitué Signes d'œdème cérébral = aréactivité et dilatation des pupilles Prévenir les hausses de pression intracrânienne = buste surélevé à 30° En cas de thrombose veineuse profonde Signes d'hypertension intracrânienne : céphalées, nausées, vomissements, éclipses visuelles, diplopie Signes de douleur : localisation, intensité En cas d'AVC hémorragique Signes de syndrome méningé : céphalées intenses, vomissement en jet, obnubilation, photophobie, raideur de nuque, température sub-fébrile Maintenir une pression artérielle suffisante afin d'éviter d'aggraver une nécrose du tissu cérébral (AVC isc.) ou la survenue d'un vasospasme (AVC hémo.) Assurer une surveillance continue du rythme cardiaque afin de dépister un trouble du rythme Préserver une bonne oxygénation Passage fréquents au lit du patient pour Evaluer l'état de conscience Evaluer l'état hémodynamique Evaluer l'état respiratoire Vérifier la bonne disposition du matériel de surveillance (électrodes, brassard, saturomètre) Connaître les protocoles et ordres permanents médicaux S'assurer de la disponibilité du matériel d'urgence : Masque et ballon de ventilation Dispositif d'oxygénothérapie au lit du patient
Actions	Surveiller la glycémie
Actions	Surveiller les signes : dissociation pouls / température, diminution du ballonnement du mollet, rougeur, chaleur, douleur Mobiliser, surélever les membres Bas de contention sur prescription médicale
Actions	Mesurer la température et évaluer la courbe : maintenir une température < 37,5°C car la fièvre aggrave le pronostic Dépister une rétention urinaire : noter l'intervalle des mictions, relever la diurèse et faire un bilan hydrique Prévenir les fausses déglutitions alimentaires, à l'origine de pneumopathies Assurer l'entretien des voies veineuses suivant le protocole [n°...]
Actions	Observer l'état cutané Séchage soigneux de la peau, des plis cutanés, du périnée Observer les zones de pression Maintien d'un matelas anti-escarre Vérifier la literie : change, absence de plis et de corps étrangers Maintenir une hydratation et des apports caloriques suffisants En cas de plaie de décubitus : suivre le protocole [n° ...] Changements de position selon protocole [n°]
Actions	Utiliser l'outil de mesure adapté au patient selon le protocole [n°...] Spécifier le moment de la survenue, l'intensité, la localisation et l'évolution de la douleur Spécifier les signes accompagnateurs : nausées, vomissements, troubles oculaires Maintenir un environnement calme autour du patient : lumière tamisée, réduire les visites... Administer sur prescription médicale des antalgiques
Actions	Evaluer la conscience et la vigilance Positionner le patient à 30° dans le lit Dispositif d'aspiration en place et fonctionnel au lit du patient Faire avaler une crème ou une eau gélifiée sur prescription médicale
Actions	Surélever le bras hypotonique pour éviter l'œdème et l'algo-neuro-dystrophie Mettre le membre inférieur en alignement du corps pour éviter les positions vicieuses Mettre écharpe ou attelle de posture au membre supérieur autour du bras hémiplegique quand le patient est au fauteuil pour éviter l'hypertonie Mettre les objets à portée de mains Alitement strict durant 24h
Actions	Aider aux soins d'hygiène et les soins annexes Aider à l'habillement Aider à la prise de l'alimentation Aider à l'élimination

Exemple de plan de soins de référence (2/5)

PLAN de soins de référence **Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral** Hémorragique / Ischémique Date 12/07/2016

Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

Il se définit comme la survenue soudaine d'un déficit neurologique d'origine vasculaire, ce qui implique d'une part, une lésion du tissu cérébral et, d'autre part, une lésion vasculaire sous-jacente. L'origine est ischémique dans 80% des cas, ou hémorragique dans 20% des cas.

Risque de complication(s) neurologique(s)

Description		Le risque de complications neurologique est lié à l'extension de l'ischémie et/ou de la pression intracrânienne et/ou œdème cérébral et/ou hydrocéphalie et/ou engagement cérébral et/ou épilepsie
Objectifs	A	Préserver le pronostic vital et fonctionnel dès la phase initiale de la prise en charge
Actions	A.1	Détecter et traiter le plus rapidement possible les complications neurologiques
		Évaluer la profondeur d'un coma au moyen de l'échelle de Glasgow
		Reconnaître la spécificité des signes neurologiques et contrôler leur évolution dans les heures qui suivent (AVC)
		En cas d'AVC constitué
		Signes d'œdème cérébral = anisocorie et dilatation des pupilles
		Prévenir les hausses de pression intracrânienne = buste surélevé à 30°
	A.2	En cas de thrombose veineuse profonde
		Signes d'hypertension intracrânienne : céphalées, nausées, vomissements, éclipes visuelles, diplopie
		Signes de douleur : localisation, intensité
		En cas d'AVC hémorragique
	Signes de syndrome méningé : céphalées intenses, vomissement en jet, obnubilation, photophobie, raideur de nuque, température sub-fébrile	
A.3	Maintenir une pression artérielle suffisante afin d'éviter d'aggraver une nécrose du tissu cérébral (AVC isc.) ou la survenue d'un vasospasme (AVC hém.)	
A.4	Assurer une surveillance continue du rythme cardiaque afin de dépister un trouble du rythme	
A.5	Préserver une bonne oxygénation	
	Passage fréquents au lit du patient pour	
	Évaluer l'état de conscience	
A.6	Évaluer l'état hémodynamique	
	Évaluer l'état respiratoire	
A.7	Vérifier la bonne disposition du matériel de surveillance (électrodes, brassard, saturomètre)	
A.8	Connaître les protocoles et ordres permanents médicaux	
	S'assurer de la disponibilité du matériel d'urgence :	
A.9	Masque et ballon de ventilation	
	Dispositif d'oxygénothérapie au lit du patient	
A.10	Surveiller la glycémie	

Risque de complications thrombo-emboliques

Description		Le risque thromboembolique est lié à l'allègement et l'immobilité du patient
Objectifs	B	Dépister les signes d'une thrombose des membres inférieurs
Actions	B.1	Surveiller les signes : dissociation pouls / température, diminution du balottement du molet, rougeur, chaleur, douleur
	B.2	Mobiliser, surélever les membres
	B.3	Bas de contention sur prescription médicale

Risque de complications infectieuses

Description		Le risque de complication infectieuse respiratoire est lié au risque de fausse de déglutition et/ou d'inhalation liquide gastrique et/ou à l'allègement
		Le risque de complication infectieuse urinaire est lié au risque de rétention urinaire
Objectif	C	Prévenir les complications infectieuses
Actions	C.1	Mesurer la température et évaluer la courbe : maintenir une température < 37,5°C car la fièvre aggrave le pronostic
	C.2	Dépister une rétention urinaire : noter l'intervalle des mictions, relever la diurèse et faire un bilan hydrique
	C.3	Prévenir les fausses déglutitions alimentaires, à l'origine de pneumopathies
	C.4	Assurer l'entretien des voies veineuses suivant le protocole (n°...)

(Risque) d'atteinte à l'intégrité de la peau

Description		Détérioration ou risque de détérioration de l'épiderme et du derme
Objectifs	D	Prévenir les complications de décubitus
Actions	D.1	Observer l'état cutané
	D.2	Séchage soigneux de la peau, des plis cutanés, du périnée
	D.3	Observer les zones de pression
	D.4	Maintien d'un matelas anti-escarre
	D.5	Vérifier la literie : change, absence de plis et de corps étrangers
	D.6	Maintenir une hydratation et des apports caloriques suffisants
	D.7	En cas de plaie de décubitus : suivre le protocole (n°...)
	D.8	Changements de position selon protocole (n°...)

Douleur

Description		Situation où une personne subit et signale une souffrance intense ou une sensation de malaise
Objectifs	E	Évaluer la douleur du patient et la soulager
Actions	E.1	Utiliser l'outil de mesure adapté au patient selon le protocole (n°...)
	E.2	Spécifier le moment de la survenue, l'intensité, la localisation et l'évolution de la douleur
	E.3	Spécifier les signes accompagnateurs : nausées, vomissements, troubles oculaires
	E.4	Maintenir un environnement calme autour du patient : lumière
	E.5	Administrer sur prescription médicale des antalgiques

Risque de fausse déglutition

Description		Situation où une personne risque d'inhaler des sécrétions, des solides ou des liquides dans la trachée et les bronches.
Objectifs	F	Vérifier le réflexe de déglutition et surveiller si nausées
Actions	F.1	Évaluer la conscience et la vigilance
	F.2	Positionner le patient à 30° dans le lit
	F.3	Dispositif d'aspiration en place et fonctionnel au lit du patient
	F.4	Faire avaler une crème ou une eau gélifiée sur prescription médicale

Allération de la mobilité physique

Description		Situation où une personne a perdu ou risque de perdre sa pleine capacité de mouvement, sans être totalement immobilisée
Objectifs	G	Renforcer et rétablir les capacités fonctionnelles tout en prévenant la détérioration de ces capacités
Actions	G.1	Surélever le bras hypotonique pour éviter l'œdème et l'algo-neuro-dystrophie
	G.2	Mettre le membre inférieur en alignement du corps pour éviter les positions vicieuses
	G.3	Mettre écharpe ou attelle de posture au membre supérieur autour du bras hémiplegique quand le patient est au fauteuil pour éviter l'hypertonie

Allération de la mobilité physique

Description		Situation où une personne a perdu ou risque de perdre sa pleine capacité de mouvement, sans être totalement immobilisée
Objectifs	G	Renforcer et rétablir les capacités fonctionnelles tout en prévenant la détérioration de ces capacités
Actions	G.1	Surélever le bras hypotonique pour éviter l'œdème et l'algo-neuro-dystrophie
	G.2	Mettre le membre inférieur en alignement du corps pour éviter les positions vicieuses
	G.3	Mettre écharpe ou attelle de posture au membre supérieur autour du bras hémiplegique quand le patient est au fauteuil pour éviter l'hypertonie
	G.4	Mettre les objets à portée de mains
	G.5	Allègement strict durant 24h

Communication altérée

Description		Situation où une personne qui entend bien a toutefois de la difficulté à parler ou risque d'en avoir
Objectifs	H	Permettre à la personne de se faire comprendre ou mieux de ses possibilités
Actions	H.1	Noter si le patient parle, s'il est aphasique ou dysarthrique.
	H.2	Utiliser la communication non verbale, des moyens écrits ou des images
	H.3	Faire répéter en commençant par la première syllabe sans fatiguer le patient

Déficit en soins personnels

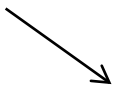
Description		Situation où une personne a de la difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne en raison d'un déficit motil ou cognitif
Objectifs	I	Palier aux difficultés de la personne à accomplir les activités de vie quotidiennes
Actions	I.1	Aider aux soins d'hygiène et les soins annexes
	I.2	Aider à l'alimentation
	I.3	Aider à la prise de l'alimentation
	I.4	Aider à l'élimination

Exemple de plan de soins de référence (3/5)

Prise en charge d'un patient atteint d'un AVC (new)

- ✓ Anamnèse (maintenant)
- ✚ **Risque de complications neurologiques, infectieuses et thrombo-emboliques.**
 - ✓ Monitoring : mise en place (maintenant)
 - ✓ Etat neurologique (SU) : surveillance (maintenant, à +1 h, toutes les 6 h à partir de +6 h)
 - ✓ Bas de contention : mise en place (tous les jours à 8 h)
 - ✓ Membres inférieurs : surveillance (tous les jours à 8 h, 14 h et 22 h)
 - ✓ Mesure du volume vésical (Si nécessaire)
- ✚ **Mobilité physique réduite**
 - ✓ Alitement strict (maintenant)
 - ✓ Aide à l'installation (Si nécessaire)
 - ✓ Aide aux déplacements (Si nécessaire)
 - ✓ Réinstallation au lit d'un patient non alité (Si nécessaire)
- ✚ **Risque élevé de chute -barreaux, tablettes**
 - ✓ Barres de lit (maintenant)
- ✚ **Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau**
 - ✓ Escarre : prévention (tous les mer. à 8 h, maintenant)
- ✚ **Déficit en soins personnels**
 - ✓ Toilette (tous les jours à 8 h)
 - ✓ Elimination : soins (tous les jours à 8 h, 14 h et 22 h)
 - ✓ Repas + surveillance alimentaire / hydrique (tous les jours à 8 h, 12 h et 17 h)
- ✚ **Risque de fausse déglutition**
 - Test déglutition par logopède : A faire
- ✚ **Communication altérée**

	14 h	
Rendez-vous		
Problèmes en soins infirmiers		
Signaux	14 h	
✚ Test déglutition par logopède: A faire		A faire
Non liés	14 h	
Anamnèse		/
Plan de soins	14 h	
✚ Risque de fausse déglutition		
✚ Déficit en soins personnels	14 h	
○ Elimination : soins		/
○ Repas + surveillance alimentaire / hydrique		
○ Toilette		
✚ Mobilité physique réduite	14 h	
○ Aide aux déplacements		
○ Aide à l'installation		
○ Réinstallation au lit d'un patient non alité		
✚ Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau	14 h	
○ Escarre : prévention		/
✚ Risque élevé de chute -barreaux, tablettes	14 h	
○ Barres de lit		/
✚ Risque de complications neurologiques, infectieuses et thrombo-emboliques.	14 h	
○ Bas de contention : mise en place		
○ Etat neurologique (SU) : surveillance		/
○ Membres inférieurs : surveillance		/
○ Mesure du volume vésical		
○ Monitoring : mise en place		/



Exemple de plan de soins de référence (4/5)

Evaluation du risque d'escarre (1x / semaine)

Echelle de Braden ■ Risque = score < 18

Détection d'une rougeur

Rougeur Présente Absente

Positionnement

Coussins positionnement Semifowler 30° (déc. dorsal)
 Decubitus latéral 30° Assis
 Decubitus ventral

Soulèvement des talons

Soulèvement des talons au moyen d'un coussin

Matériel prophylactique

Matelas pression alternée Coussin de positionnement
 Coussin pression alternée

Changement de points de pression

Toutes les 4 heures

==> Informations, "clic" sur bouton Protocole de prévention

1

programmation

une réalisation 18/07/2016 10:51

réalisation

réalisations

Monitoring

TA 180 / 80 mmHg
 SA O2 95 %
 FC 89 /min
 FR 17 /min

SANS monitoring

TA / mmHg
 SA O2 %
 FC /min
 FR /min
 T* 37,4 °C

Etat du patient

Conscience
 Désorientation →

Pupilles

Isocores ou anisocores ?
 Réactives à la lumière ?
 Gauche
 Droite

Diamètre pupillaire (mm)

1 2 3 4 5

Diamètre pupille gauche (mm)
 Diamètre pupille droite (mm)

Evaluation de Glasgow

Echelle Glasgow

Cette fenêtre de réalisation est liée à un ensemble

2



	Sel.	
Heures de réalisation		10:51
Heures prévues		10:51
Température (D)	<input type="checkbox"/>	37,4
Fréquence cardiaque (C)	<input type="checkbox"/>	89
Tension artérielle systolique (C)	<input checked="" type="checkbox"/>	180
Tension artérielle diastolique (C)	<input checked="" type="checkbox"/>	80
Tension artérielle systolique (D)	<input type="checkbox"/>	
Tension artérielle diastolique (D)	<input type="checkbox"/>	
Fréquence respiratoire (C)	<input type="checkbox"/>	17
Saturation artérielle en O2 (C)	<input type="checkbox"/>	95
Saturation artérielle en O2 (D)	<input type="checkbox"/>	
Pupilles ISO ou ANISO		Isocores
Diamètre pupille G (mm)		3
Diamètre pupille D (mm)		3
Pupille G : réactivité à la lumière		Oui
Pupille D : réactivité à la lumière		Oui
Ramsay (état de conscience)		Anxieux agité
Désorientation spatio temporele		Temps
Echelle Glasgow (GP)	<input type="checkbox"/>	12
Signature		SG

Membre inférieur G

Ballotement mollet

Rougeur

Chaleur

Douleur

Membre inférieur D

Ballotement mollet

Rougeur

Chaleur

Douleur

3

Réinstallation du patient

Activités

Redresser le patient Têtière à degrés
 Mettre l'oreiller Mettre le patient sur le côté gauche
 Attelle anti-équin Mettre le patient sur le côté droit
 Casser lit Mettre le patient sur le ventre
 Trendelenbourg Remonter le patient

Si patient avec hémiparésie ou hémiplégié

Surélever le bras hypotonique Position à 30° en vue du repas
 Aligner le membre inférieur avec le corps
 Mettre les objets à portée de main

4

Exemple de plan de soins de référence (5/5)

 Problèmes traités en collaboration

 **Risque de complications neurologiques, infectieuses et thrombo-emboliques.**

<p>Description : Le risque de complications neurologique est liée à l'extension de l'ischémie et/ou de la pression intracrânienne et/ou oedème cérébral et/ou hydrocéphalie et/ou engagement cérébral et/ou épilepsie. Le risque thromboembolique est lié à l'alitement et l'immobilité du patient. Le risque de complication infectieuse respiratoire est lié au risques de fausse de déglutition et/ou d'inhalation liquide gastrique et/ou à l'alitement. Le risque de complication infectieuse urinaire est lié au risque de rétention urinaire</p>	<p>Objectif : Préserver le pronostic vital et fonctionnel dès la phase initiale de la prise en charge. Déceler et traiter le plus rapidement possible les complications neurologiques. Dépister les signes d'une thrombose des membres inférieurs. Prévenir les complications infectieuses.</p> <p>Evaluation :</p>
--	---

- | | |
|--------------------|--|
| Aujourd'hui | Etat neurologique (SU) : surveillance
Score Glasgow: 9
Pupille gauche réactive à la lumière: Oui
Pupille droite réactive à la lumière: Non
Diamètre pupille gauche (mm): 1
Diamètre pupille droite (mm): 5
TA Systolique: 180 |
| 14:10 | TA Diastolique: 90
FC: 76
Saturation O2: 89
Fréquence respiratoire: 30
Confusion: Temps et espace
Différence taille des pupilles?: Anisocores
Conscience: Eveil difficile |

- | | |
|--------------------|-----------------------------------|
| Aujourd'hui | Monitoring : mise en place |
| 14:12 | |

- | | |
|--------------------|--|
| Aujourd'hui | Membres inférieurs : surveillance
Ballotement mollet G: Normal
Rougeur mollet G: Non
Chaleur mollet G: Non |
| 14:12 | Douleur mollet G: Non
Ballotement mollet D: Normal
Rougeur mollet D: Non
Chaleur mollet D: Non
Douleur mollet D: Non |

Vue globale d'unité

Vue globale de l'unité du 04/06/2018 10:41:09
US: +2B -Pneu-Onco. (222)

Chb	Patient	Motif admission	Post-op	Alertes Allergies	Plaies Matériels		Examens	Demande REVA	Sortie	Divers
217/1 Ch Commune demandée	Roland 79 ans VAN	BPCO stade 4 Tumeur rectale (non opérable vu état général) Radiothérapie prévue 19 jours			Plaie traumatique nez, Pansement, Sonde vésicale, Escarre siège, KT périphérique		Régime sans déchet strict Oui	24/05/18 : Acceptée		
218/1	Valentine 82 ans VAN	Anémie, déséquilibre dia 4 jours		Médoc : Pénicilline			Régime diabétique Oui glycémie	11H10 GASTROSCOPIE		
219/1	Concettina 59 ans VAN	sarcoidose 7 jours			KT périphérique		Régime diabétique Oui Régime sans sel 3g Oui	15H00 EBUS	29/05/18 : Refusée	
220/1 Ch Commune demandée MR/MRS (j)	Felipe 54 ans NS	pneumonie/ FD korsakoff 14 jours		MRSA	Escarre sacrum (mepilex), Escarre fesse droite, Pansement, abcès bras gche		A jeun STRICT Isolement infectieux Goutelettes / contact	17H00 COLONOSCOPIE		
223/1 Ch Commune demandée	Jules 73 ans NS	Myélome +méta vertébrales laminectomie 16 jours	22/05 : J13 Arthrodèse lombaire 20/05 : J15 Laminectomie lombaire		Sonde vésicale, Plaie dos, Minerve (collier mousse) 21/05, KT périphérique, Escarre méat , Pansement		Régime ordinaire Oui		30/05/18 : Refusée	
224/1	Josette 70 ans AN	Mise au point d'allergie alimentaire 1 jours		Médoc : Iode même dermique Alim : Kiwi, banane Allergie : latex			glycémie			
225/1 Ch Commune demandée	Josette 70 ans VAN	Masse adbo au contact de l'estomac, occlusion tumeur duodenum 12 jours			KT sous clavière pst lundi		A jeun STRICT glycémie			
226/1	Christiane 72 ans VAN	Pneumonie lobe droit 4 jours			KT périphérique, rougeur plis inguinales		Régime ordinaire Oui			

Rapports automatisés pour le CFQAI : les escarres

Rapport ESCARRES du 04/06/2018

(Cliquer sur le nom du patient pour accéder à son dossier)

Unité de soins	Patient	Chambre/lit	Libelle	Date apparition	Origine	Stade	Loca
Soins palliatifs(SP)(314)			Escarre 2 ischiens	17/05/2018	A domicile	Stade 4 : escarre profonde (obs)	Postérieur (zone R)
Soins palliatifs(SP)(314)			rougeur talon D	18/05/2018	A domicile	Stade 4 : escarre profonde (obs)	Pied droit - talon (zone I)
Soins palliatifs(SP)(314)			escarre talon G	18/05/2018	A domicile	Stade 4 : escarre profonde (obs)	Pied gauche - talon (zone J)
Soins palliatifs(SP)(314)			Escarre	15/05/2018		Stade 4 : escarre profonde (obs)	Postérieur (zone R)
+0B -Card-Vasc-Neur (221)			Escarre pied droit	30/04/2018		Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Pied droite (zone I)
+0B -Card-Vasc-Neur (221)			rougeur siège	01/05/2018	Dans une autre Unité	Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Postérieur (zone R)
+0B -Card-Vasc-Neur (221)	V		Escarre talon G	27/02/2018		Stade 3 : escarre superficielle	Pied gauche - talon (zone J)
+0B -Card-Vasc-Neur (221)	V		Escarre talon D	27/02/2018		Stade 3 : escarre superficielle	Pied droit - talon (zone I)
+0B -Card-Vasc-Neur (221)			Escarre malléole ext.G	02/06/2018		Stade 3 : escarre superficielle	Pied droite (zone I)
+0C -Neuro-psy (370)			Escarre	26/03/2018		Stade 2 : phlyctène	Postérieur (zone R)
+0D -SP Cardio-Pulm (310)			érythème dorsal	15/05/2018	Dans une autre Unité	Stade 1 : rougeur persistante (obs)	Dos (zone Q)
+0D -SP Cardio-Pulm (310)			Escarre talon gauche et droit	19/05/2018	Dans une autre Institution	Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Pied gauche - talon (zone J)
+0D -SP Cardio-Pulm (310)			Escarre siège	19/05/2018	Dans l'Unité	Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Postérieur (zone R)
+0D -SP Cardio-Pulm (310)			Escarre siège	02/06/2018	A domicile	Stade 4 : escarre profonde (obs)	Postérieur (zone R)
+0D -SP Cardio-Pulm (310)			Escarre talon gauche	12/05/2018	Dans une autre Unité	Stade 4 : escarre profonde (obs)	Pied gauche - talon (zone J)
+0D -SP Cardio-Pulm (310)	LF		Escarre sacrum	11/04/2018	Dans l'Unité	Stade 2 : phlyctène	Postérieur (zone R)
+0E -Soins intensifs (490)	V		Escarre siège	03/06/2018		Stade 4 : escarre profonde (obs)	Postérieur (zone R)
+0E -Soins intensifs (490)			Escarre dos 2/6	02/06/2018	Dans l'Unité	Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Dos (zone Q)
+1D -SP Locomoteur (312)			Escarre coude G	11/05/2018	A domicile	Stade 1 : rougeur persistante	Avant bras gauche - Arrière (zone L)
+1D -SP Locomoteur (312)			Escarre coude D	11/05/2018	A domicile	Stade 3 : escarre superficielle	Avant bras droite - Arrière (zone O)
+1D -SP Locomoteur (312)	I		Escarre pied gauche	11/05/2018		Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Pied gauche (zone J)
+2B -Pneu-Onco. (222)			Escarre siège	01/06/2018	Dans l'Unité	Stade 2 : phlyctène (obs)	Postérieur (zone R)
+2B -Pneu-Onco. (222)	F		Escarre fesse droite	23/05/2018		Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Postérieur (zone R)
+2B -Pneu-Onco. (222)	F		Escarre sacrum (mepilex)	23/05/2018		Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Postérieur (zone R)
+2B -Pneu-Onco. (222)			Escarre méat	01/06/2018	Dans l'Unité	Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Zone génitale (zone D)
+2B -Pneu-Onco. (222)			Escarre fesse gche	23/05/2018		Stade 1 : rougeur persistante (obs)	Postérieur (zone R)
+2B -Pneu-Onco. (222)	I		Plaie jbe gche	20/05/2018		Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Avant jambe gauche (zone H)
+2B -Pneu-Onco. (222)	I		Ulcère mollet gche	20/05/2018		Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Avant jambe gauche (zone H)
+2B -Pneu-Onco. (222)	I		Ulcère jbe dte	20/05/2018		Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Avant jambe droite (zone G)
+2B -Pneu-Onco. (222)	I		Escarre sièg	20/05/2018	A domicile	Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Postérieur (zone R)
+3A -Gériatrie A (301)	V		Escarre talon droit	30/05/2018	Dans une autre Unité	Stade 3 : escarre superficielle (obs)	Pied droit - talon (zone I)
+3A -Gériatrie A (301)			2 plaies péristomiales	18/05/2018	Dans l'Unité	Stade 1 : rougeur persistante (obs)	Abdomen (zone C)

Rapports automatisés pour le CFQAI : les contentions

Rapport CONTENTION du 04/06/2018

(Cliquer sur le nom du patient pour accéder à son dossier)

Unité de soins	Patient	Chambre/lit	Date début signal	Mise en place	Matériel	Dernière surveillance
-1D -SP Neurologique (311)		606/1	15/05/2018	- Date = 2018/05/15 - Raison = Confusion - Durée = + de 24h - Moment = jour et nuit - Consentement	2018/05/15 Ceinture	
+0B -Card-Vasc-Neur (221)		059/1				05/04/2018
+0B -Card-Vasc-Neur (221)		062/1		- Date = 2018/05/21 - Raison = Agitation - Durée = - Moment = nuit - Ne peut exprimer son consent.	2018/05/21 Ceinture	
+0B -Card-Vasc-Neur (221)		055/2		- Date = 2018/03/19 - Raison = Risque vital - Durée = + de 24h - Moment = jour et nuit - Ne peut exprimer son consent.	2018/03/19 Liens membres inf.	22/01/2018
+2B -Pneu-Onco. (222)		223/1				25/05/2018
+2B -Pneu-Onco. (222)		220/1	04/06/2018	- Date = 2018/06/04 - Raison = Agitation - Durée = - Moment = jour - Ne peut exprimer son consent.	2018/06/04 Ceinture Liens membres inf.	
+3C -Gastr-Visc (223)		339/2	31/05/2018	- Date = 2018/05/31 - Raison = Risque de chute - Durée = + de 24h - Moment = jour et nuit	2018/05/31 Ceinture	
+3C -Gastr-Visc (223)		339/3	28/04/2018	- Date = 2018/04/28 - Raison = Risque de chute - Durée = 1h à 8h - Moment =	2018/04/28 Ceinture	
+3C -Gastr-Visc (223)		337/2	24/04/2018	- Date = 2018/04/23 - Raison = Risque vital - Durée = + de 24h - Moment = jour et nuit - Prescr. signée	2018/04/23	08/05/2018
+0E -Soins intensifs (490)		403/1				02/06/2018
+0E -Soins intensifs (490)		401/1	01/06/2018	- Date = 2018/06/01 - Raison = Risque vital - Durée = + de 24h - Moment = jour et nuit - Ne peut exprimer son consent. - Prescr. signée	2018/06/01 Liens membres inf.	02/06/2018
+1D -SP Locomoteur (312)		803/2				11/05/2018
+0D -SP Cardio-Pulm (310)		704/1	27/04/2018	- Date = 2018/04/27 - Raison = - Durée = + de 24h - Moment = jour et nuit - Ne peut exprimer son consent.	2018/04/27 Liens membres inf.	01/05/2018
+0D -SP Cardio-Pulm (310)		709/1		- Date = 2018/04/26 - Raison = Risque vital	2018/04/26 Liens membres inf.	26/04/2018

Par une décennie de projets ...

Participatif



Et aussi :

- Gestion des repas
- Gestion des lits
- Programme du bloc opératoire
- Gestion de la stérilisation
- Documentation du DPI avec photos
- Gestion du nettoyage des chambres

Focus 2 : Les DI-RHM

«...Nous devons nous rappeler d'utiliser les données collectées comme base de nos actions, sinon elles ne seront pas recueillies de façon positive...»

Kaoru ISHIKAWA (1915–1989)



Insertion dans le financement

- La sous-partie B2 représente +/- 40% du BMF (+/- 3 milliards € en 2014)
- Pour la calculer, on lui attribue:
 - Des points de base correspondant à des normes d'encadrement
 - Des points supplémentaires en fonction de la nature et du volume de l'activité → **utilisation des DI-RHM (AR du 27.04.07)**

Définition

- Les **Données Infirmières** du **Résumé Hospitalier Minimal** sont un outil **minimal** d'enregistrement de 62 interventions infirmières.
- Enregistrement réalisé **4X/an** les premières quinzaines de septembre, décembre, mars et juin
- L'objectif de l'enregistrement de ces données est de reproduire **l'image** la plus fidèle possible des interventions infirmières réalisées → financement juste et transparent

Origines

- Les différentes possibilités de codage des DI-RHM se sont inspirées de la **classification NIC**.
- En plus de respecter les préceptes de l'**EBN**, celle-ci s'avère être très représentative de l'activité prestée par les infirmiers au chevet du patient.
- La classification propre aux DI-RHM reprend les items de la classification NIC les plus pertinents au regard de l'activité infirmière en Belgique.
- Ce qui permet de passer d'un langage descriptif exhaustif à **un outil de mesure standardisé et validé scientifiquement**.

Dernière nouveauté

- Bien que les soins infirmiers soient en **constante évolution**, la dernière version du manuel de codage (1.6) datait de janvier 2011.
- Depuis janvier 2018, **une version 2.0 du manuel** est d'application.
- Objectif :
 - Une **simplification** de l'enregistrement
 - une **harmonisation** des règles de codage
 - la **suppression d'items** peu contributifs
- Nous ne savons pas encore exactement **l'impact** que cela aura sur l'enregistrement des DI-RHM et sur les NRG
- Notre objectif a été de **minimiser** autant que faire se peut l'impact de ce changement sur le terrain

Dossier infirmier et DI-RHM : double emploi ou complémentarité ?

- Le dossier infirmier n'est pas un sous-produit des DI-RHM
- Au-delà de l'aspect purement financier, les DI-RHM sont surtout utiles pour promouvoir la qualité et la visibilité des soins infirmiers
- La culture de l'oral cède petit-à-petit la place à la professionnalisation des écritures
- Les DI-RHM participent à la structuration du dossier infirmier et de facto, à une meilleure communication entre les professionnels

Situation au CHRVS (1/2)

- Par le passé, l'enregistrement des DI-RHM était mal vécu : **perte de sens**
 - Surcharge administrative+++
 - Sentiment de devoir rendre des comptes
 - Promesse d'augmentation du staff infirmier sur le terrain
- **Objectif initial** : recréer de la confiance
 - Ne pas parler de financement en première intention !
 - Utiliser un langage soignant : visibilité des soins, traçabilité des soins, précision des informations collectées
 - Développer l'extraction automatique des données à partir du dossier infirmier informatisé pour dégager le personnel et le recentrer sur son core business : **le soin**

Situation au CHRVS (2/2)

- L'enregistrement des DI-RHM a un coût (logiciel, personnel, matériel,...) mais la qualité et la visibilité des soins infirmiers, **cela n'a pas de prix**
- D'un point de vue purement financier, l'enregistrement des DI-RHM est au mieux neutre budgétairement
- Toutefois, en considérant les apports précités, il est indéniable que cet outil est un **booster pour la professionnalisation des soins infirmiers**
- Comme pour le DII, repartir de notre philosophie de soins et l'opérationnaliser avec les acteurs de terrain
 - Infirmière consultante DII/DI-RHM + référents dans chaque US avec groupe de travail et projet trimestriel
 - Orienter nos ressources sur la qualité des retranscriptions dans les DII, l'enregistrement des DI-RHM devenant du back-office
 - Utilisation du benchmarking comme source de données fiables pour cibler nos actions d'amélioration

Benchmarking (1/5)

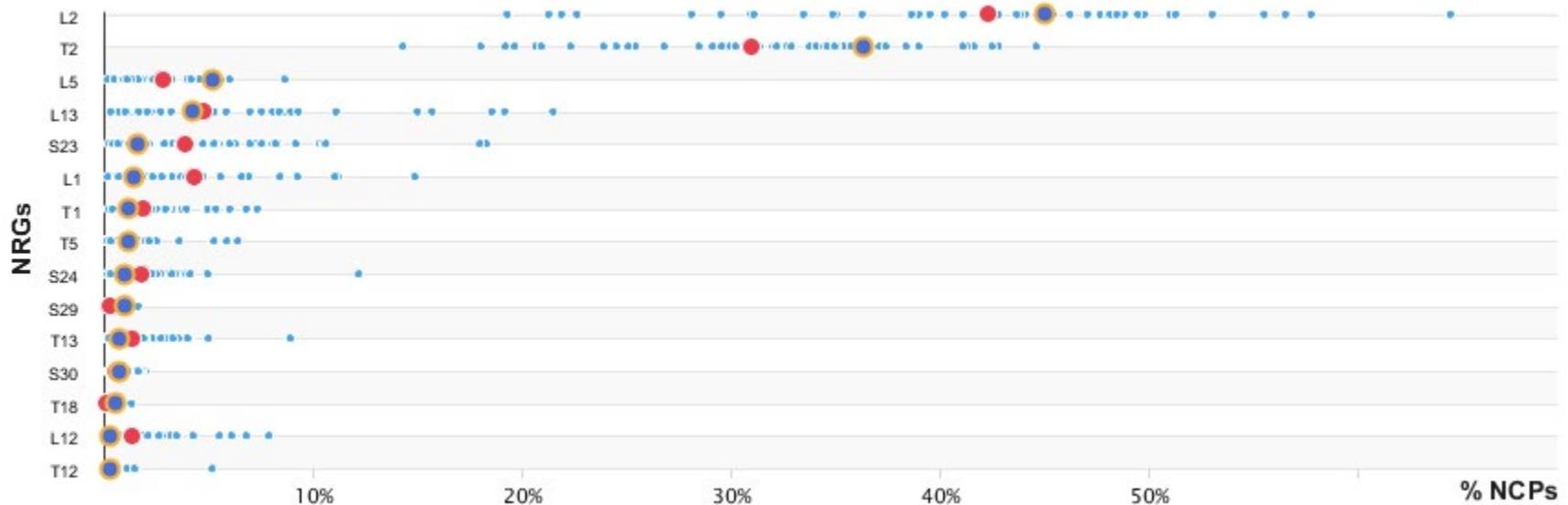
- Concept de NRG :
 - Objectif: associer un profil de soins prédéfini (NRG) à chaque épisode de soins infirmier (NCP) pour rendre possible un financement différencié
 - Création des NRG sur base de groupes d'épisodes de soins qui se ressemblent
 - Attribution: comparaison du NCP aux NRG existants (le profil le plus proche est attribué) à l'aide d'une méthodologie statistique (RIDIT)
 - Pondération de chaque item. Le poids d'un NRG dépend des NCP qui lui sont attribués.
 - Utilisation dans le BMF: le poids du NRG intervient dans le financement.
- Le benchmarking permet de diffuser ces notions complexes auprès de nos infirmiers en chef et des équipes soignantes
- Cela permet de proposer des pistes d'action concrètes et orientées terrain

Benchmarking (2/5)

- 2X/an : présentation d'un benchmarking orienté gestion pour les ICS et le DDI (parts de marché,...)
- 2X/an : présentation aux US de leurs résultats DI-RHM et NRG + réflexions pour améliorer leurs scores...Toujours en regard de **l'activité réellement prestée**
- Pratiquement: présentation des 3 principaux NRG par US et présentation de l'empreinte du NRG le plus fréquent + discussion
- Chaque NRG peut être représenté par une « empreinte » qui reprend les valeurs ridit de l'ensemble des items des DI-RHM
- Cela permet de visualiser si un item est caractéristique du NRG.
 - Si la valeur ridit est inférieure à 0,5 alors l'item n'est pas caractéristique au NRG
 - Si la valeur ridit est supérieure à 0,5 alors l'item est caractéristique au NRG

Benchmarking (3/5)

Number of NCP Hosp: 452 Bench: 57.972 - **2016**

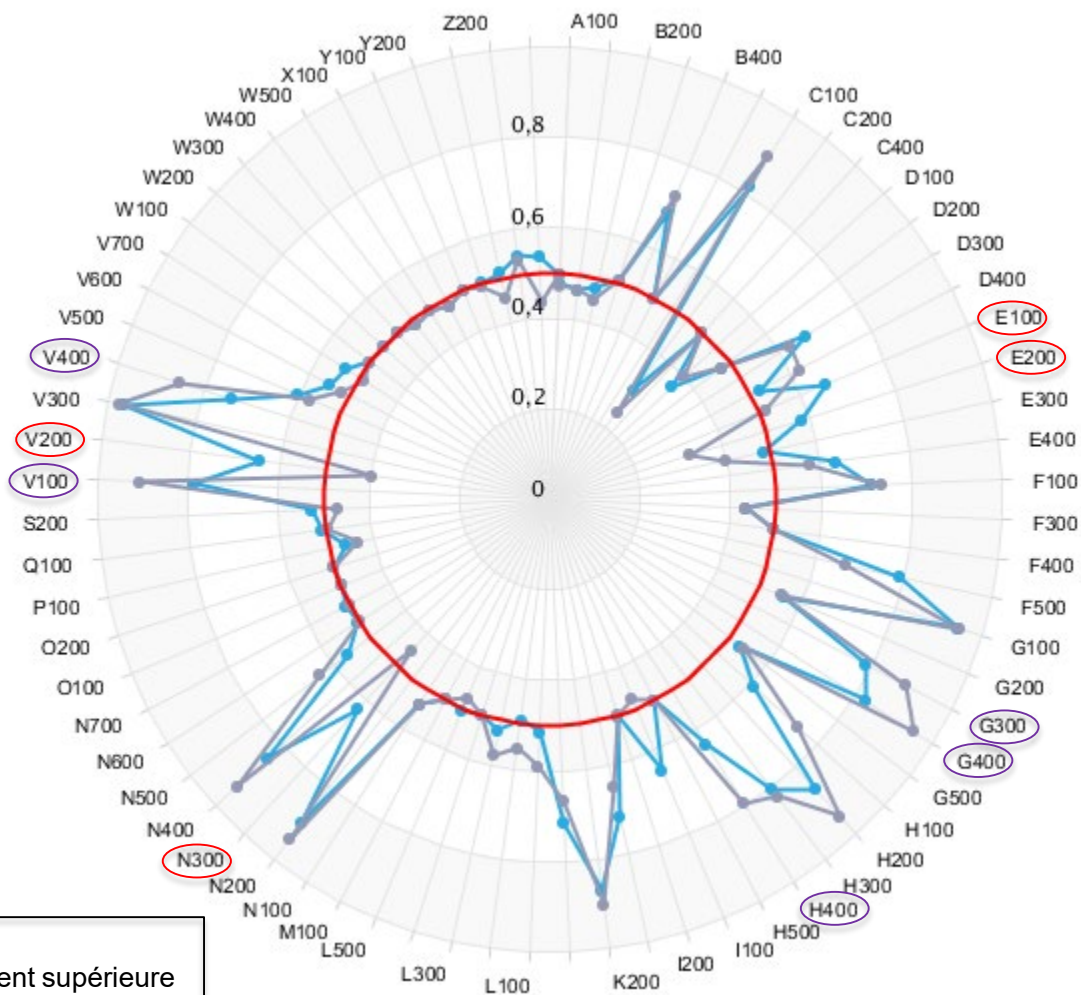


Top 3 des NRG :

1. L2 - Soins intensifs non chirurgicaux
2. T2 - Soins intensifs non-chirurgicaux (court séjour)
3. L5 – Soins aux plaies compliquées

Benchmarking (4/5)

2016



Légende :
○ Significativement supérieure
○ Significativement inférieure

Benchmarking (5/5)

Dispersion des ES par NRG : évolution annuelle

- Augmentation du nombre d'ES (+59 soit +15%)
- Régression du NRG L2 - Soins intensifs non chirurgicaux (-4,96%)
- Quasi statu quo pour le NRG T2 - Soins intensifs non-chirurgicaux (court séjour) (-0,36%)
- Quasi statu quo pour Le NRG L5 - Soins aux plaies compliquées (+0,26%)

Comparaison du profil NRG et du profil de soins de l'unité : évolution annuelle

- La concordance reste très bonne en 2016 pour le NRG L2 - Soins intensifs non chirurgicaux
- 4 items ont une valeur significativement inférieure à la valeur ridit du NRG (**tous des indicateurs principaux**)
 - **E100 – Gestion des symptômes : douleur**
 - **E200 – Gestion des symptômes : N+/V+**
 - **N300 – Prélèvement sanguin veineux**
 - **V200 – Prévention des plaies de decubitus : changements de position**
- 5 items ont une valeur significativement supérieure à la valeur ridit du NRG (**tous des indicateurs principaux**)
 - **G300 – Gestion de la glycémie**
 - **G400 – Gestion de l'équilibre acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation**
 - **H400 – Administration de médicaments par inhalation**
 - **V100 – Prévention des plaies de decubitus : utilisation de matériel de prévention dynamique**
 - **V400 – Surveillance des paramètres vitaux : monitoring discontinu**



JUSTIFICATION CLINIQUE ? PISTE D'AMELIORATION ?

Par une décennie de projets ...

Participatif



Focus 3 : la PMI

**TU SAIS QUE TU ES INFIRMIÈRE
QUAND :**

- pendant 19 jours 1er mois
prendre le gelule par jour
de Glyo 6

- les 19 autres jours
prendre à chacun des 2 principaux
repas 2 suppositoires de
Dioverone

le 22 & 23. P. 13


A. Bouillon 4 ans



**TU ES CAPABLE DE LIRE
L'ÉCRITURE D'UN MÉDECIN**

Bel exemple d'intégration de notre philosophie et de l'informatique

- **Présentation rapide**

- PMI 3 acteurs = Pharmacie, médecin, infirmier
- A ce jour 3 unités implémentées
- Une 4^{ème} prévue pour mi-juin 2018

- **Plus-values pour les utilisateurs infirmiers**

- Lisibilité
- Exhaustivité
- Gain de temps
- Sécurité des soins renforcée
- Reconnaissance de l'expertise infirmière au travers de la prescription de soins de plaie (protocole de traitement des escarres validé en CMP)

Achat matériel adéquat : chariot PC, chariot médicaments,...



Audit des tours de médicaments dans les unités de soins

Constant initial

Etat des lieux : Tours habituels / unité

0B	6	8	12			16		18	20		22	24	4
2B	6	8	12			16		18	20		22	24	
2C		8	12			16		18	20		22	24	
3A	6	8	12			16		18			22	24	
3B	6	8	12			16		18			22	24	
3C	6	8	12			16		18	20		22	24	4
SPN		8	12				17				22		
SPL		8	12			16	17			21	22	24	
SPC		8	12			16			20		22	24	
Acacia		8	12	13		16	17		20	21		24	4
Psychiatrie		8	12					18			22	24	
Maternité	6	8	12		14	16		18	20		22	24	
Pédiatrie		8	12		14	16			20			24	4



Synthèse de l'état des lieux des tours / type de médication

	Matin		Midi		Après midi			Soir			Nuit		
	6	8	12	13	14	16	17	18	20	21	22	24	4
Per os	X (à jeun)	X	X		X (mat/ped)	X	X	X	X	X	X		
IV / IM	X	X	X			X		X	X			X	X
S/C (HBPM)		X				X			X		X		
S/C (insuline)		X	X				X					X	
Parentérale		X	X										
Entérale		X											
Aérosols	X	X	X			X		X	X		X	X	X

Audit des tours de médicaments dans les unités de soins

Objectif 1 : STANDARDISER

		Matin		Midi	Après-midi	Soir	Nuit
		6	8	12	16	20	24
Peros à jeun	1x/j	X					
Per os	1x/j		X				
	2x/j		X		X		
	3x/j		X	X	X		
	4x/j		X	X	X	X	
IV / IM	1x/j		X				
	2x/j		X		X		
	3x/j		X		X		X
	4x/j	X		X	X		X
S/C (HBPM)	1x/j		X				
	2x/j		X			X	
Parentérale	1x/j			X			
Entérale	1x/j			X			
Aérosols	1x/j		X				
	2x/j		X			X	
	3x/j	X		X		x	
	4x/j	X		X	X		X
	6x/j	X	X	X	X	X	X

Actuellement

	7h	7h30	8h	8h30	9h	9h30	10h	10h30	11h	11h30	12h00	12h30	13h00
0B			1h30								30'		
2B			1h30								30'		
2C				1h30							30'		
3A			1h30								30'		
3C				2h							30'		

Charge de travail importante
en début de journée

Audit des tours de médicaments dans les unités de soins

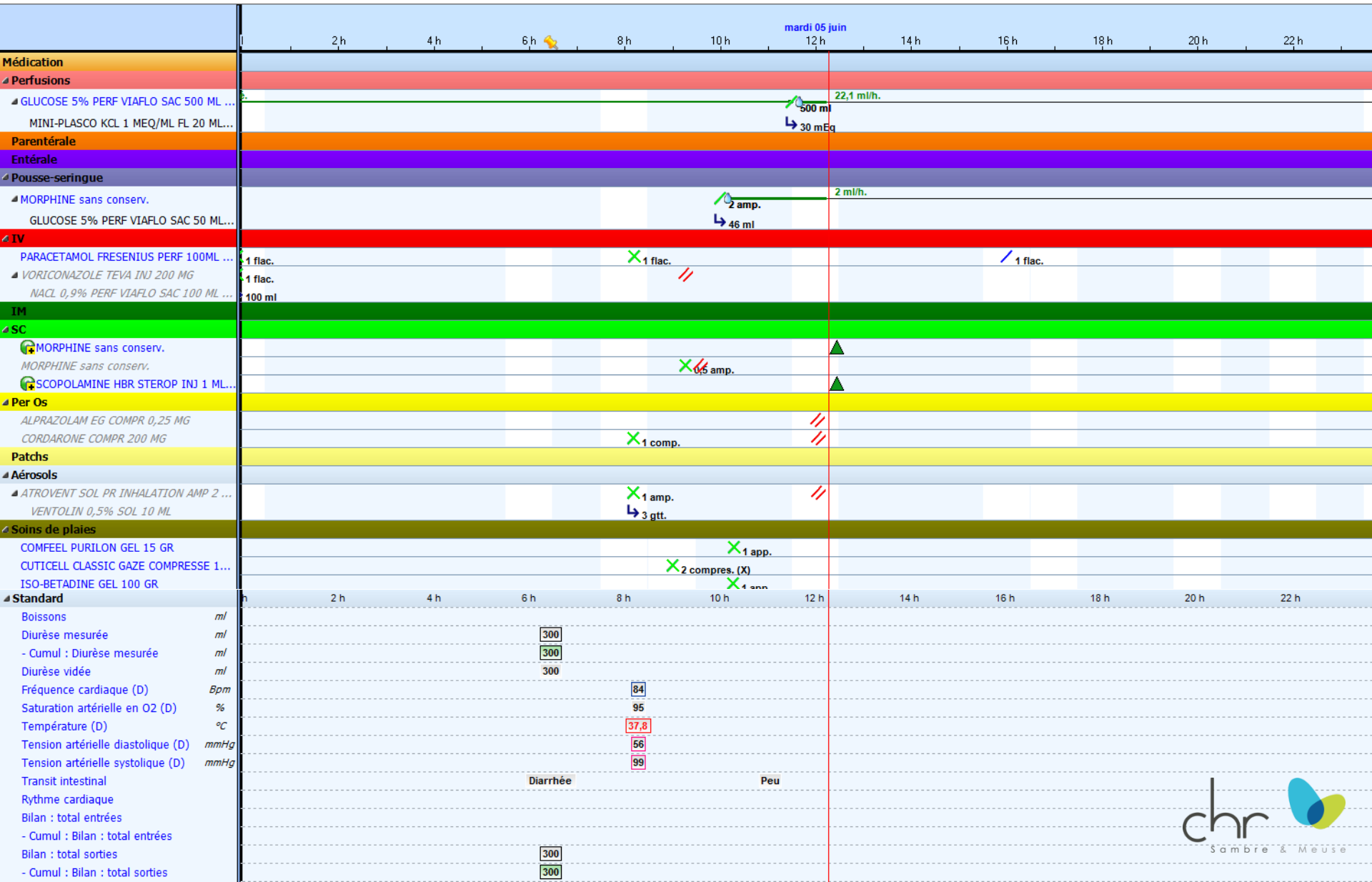
Objectif 2 : OPTIMISER

		Matin		Midi	Après-midi		Soir	Nuit
		6	8	12	16	18	20	24
Per os à jeun	1x/j	X						
Per os	1x/j		X				Somnifère	
	2x/j		X			X		
	3x/j		X	X		X		
	4x/j		X	X		X	X	
Perfusion			X					X
IV / IM	1x/j			X				
	2x/j			X				X
	3x/j		X		X			X
	4x/j	X		X		X		X
S/C (HBPM)	1x/j		X					
	2x/j		X				X	
Parentérale	1x/j			X				
Entérale	1x/j		X					
Aérosols	1x/j		X					
	2x/j		X				X	
	3x/j	X		X			x	
	4x/j	X		X	X			X
	6x/j	X	X	X	X		X	X

	7h	7h30	8h	8h30	9h	9h30	10h	10h30	11h	11h30	12h00	12h30
0B			1h							1h		
2B			1h							1h		
2C			1h							1h		
3A			1h							1h		
3C			1h							1h30		

Audit des tours de médicaments dans les unités de soins

Résultat final



Différenciation de fonctions : casse-tête informatique ou opportunité ? (1/4)

- La différenciation de fonctions consiste à créer des fonctions comprenant des tâches, des responsabilités et des compétences distinctes au sein du groupe professionnel des infirmiers
- La différenciation de fonctions peut s'envisager soit :
 - de manière **horizontale** (bachelier><brevet, infirmier><autres paramédicaux)
 - De manière **verticale** (infi-IC-ICS-DDI → AR 13.07.2006)
 - De manière **transversale** (référent, consultant, clinicien, pratiques avancées,...)

Différenciation de fonctions : casse-tête informatique ou opportunité ? (2/4)

- Au CHRVS, nous développons essentiellement les fonctions **d'infirmiers consultants** :
 - Soins de plaies/stomathérapie
 - Nutrition
 - DII/DI-RHM
 - Soins continus
 - Algologie
 - ICANE
 - Qualité/accréditation

Différenciation de fonctions : casse-tête informatique ou opportunité ? (3/4)

- **Tous visibles dans l'organigramme du département infirmier**
→ Reconnaissance et légitimité
- **Rattachés hiérarchiquement à un ICS** → Cohérence avec la philosophie de soins du département et soutien opérationnel
- Chacun financé par un biais spécifique (sous-partie B2 ou B4)
- Chacun ayant suivi une formation continuée dans son domaine d'expertise
- Chaque infirmier consultant gère un groupe d'infirmiers référents qui se réunit minimum 1x par trimestre pour développer des projets spécifiques :
 - Nutrition: **bonne gestion des CNO**
 - ICANE : **évaluation intermédiaire des étudiants**
 - DII/DIRHM : **révision des plans de soins de références**

Différenciation de fonctions : casse-tête informatique ou opportunité ? (4/4)

- Les fonctions spécifiques des consultants ont nécessité plusieurs modifications du DPI pour **adapter** l'outil à leurs besoins particuliers
 - *Listes de travail spécifiques*
 - *Accès transversaux élargis*
 - *Profils affinés*
- Le développement de ces fonctions met en exergue **les limites de notre DPI actuel** (transversalité des données patient, portabilité du hardware,...)

Perspectives d'avenir

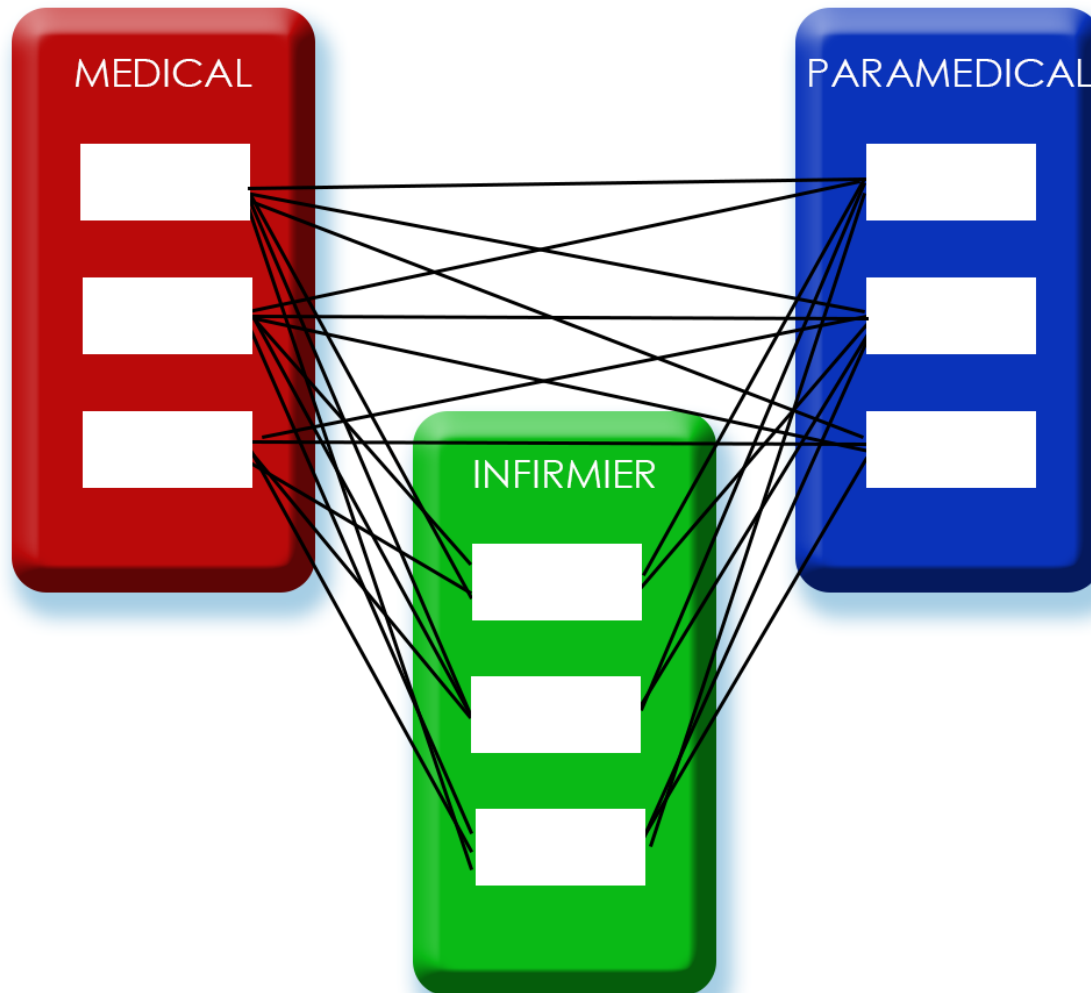
- **Garder** notre philosophie et **l'opérationnaliser** encore plus en profondeur avec d'autres moyens tant humains que matériels (coaching, suivi des projet, ...)

A word cloud of key concepts in green and blue. The words are: CONFIANCE (vertical), INDICATEURS (vertical), PARTICIPATIF, QUALITÉ, VISIBILITÉ, FONCTIONS, ACTEUR, DI-RHM, DPI, RÉÉVALUATION, and REPORTING.

Perspectives d'avenir

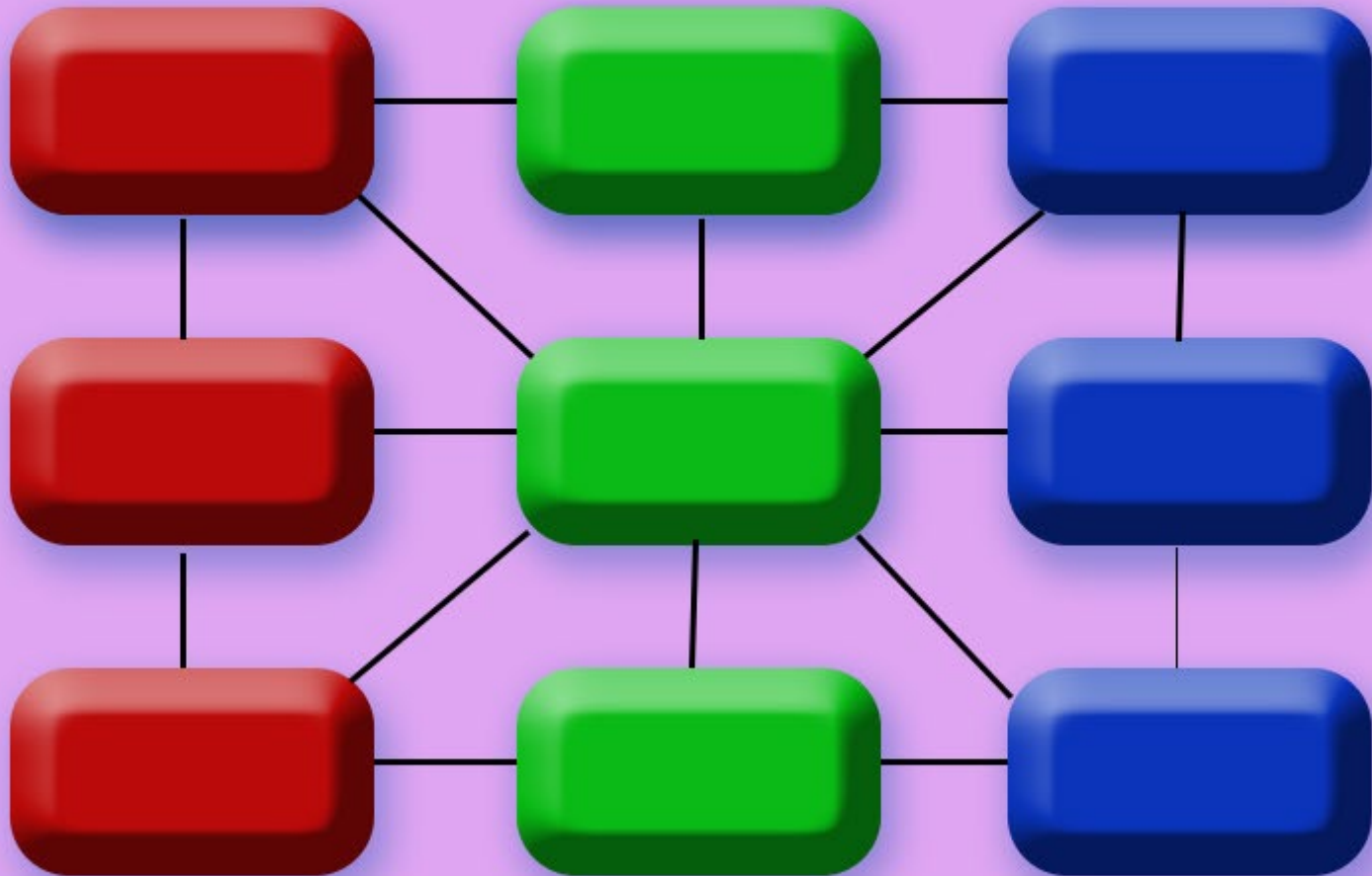
- **Nouveau DPI** : I have a dream...
 - Limites du logiciel atteintes
 - Impulsion des BMUC
 - Incitants financiers (budget accélérateur)
 - Tenir compte de l'expériences acquise et ne pas reproduire les erreurs.

Dossier Segmenté
Les liens doivent être créés
= Complexité



Dossier non-segmenté

Les liens existent



Dossier Intégré



Perspectives d'avenir

- **Améliorer la collecte de nos indicateurs**
 - Renforcer la documentation du dossier MAIS toujours le juste milieu entre quantité et qualité des données.
- Le dossier est un **outil de décision** pour le **soignant** et doit l'être davantage pour la **ligne hiérarchique** (charge de travail, qualité des soins,...)

Nous apprécions Nathalie et son chariot mobile, mais ...





**Merci pour votre
attention**