

LE TRANSFERT DES SOINS ENTRE LES ANESTHÉSISTES ET LE PERSONNEL INFIRMIER DE L'UNITÉ DE SOINS POSTANESTHÉSIIQUES À L'AIDE DES PRINCIPES ISAÉR : UNE ÉTUDE SUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Auteurs :

Patricia Kitney, inf., BAppSc-Nsg, DAppSc-Nsg Ed, MEd (recherche), GradCert LdrshipEdTrng, GradCertPeriop, Western Health, Sunshine, Vic, Australie.

Raymond Tam, MBBS, FANZCA, Western Health, Sunshine, Vic, Australie.

Paul Bennett, inf., B. S. inf., GradCertSc (App Stats), MHSM, Ph. D., Deakin University, Geelong, Victoria, Western Health – Nursing Research Centre, Sunshine, Vic, Australie.

Dianne Buttigieg, inf., BHSc (soins infirmiers), Grad Cert Periop Nsg, DipMgt, Western Health, Sunshine, Vic, Australie.

David Bramley, MBBS, MPH, FANZCA, Western Health, Sunshine, Vic, Australie.

Wei Wang, Msc (Stats), GdipSci (Stats), M. D., Ph. D., Deakin University, Geelong, Vic, Australie.

Version originale en anglais traduite en français par
Jocelyne Demers-Owoka, Ideal Translation

RÉSUMÉ :

Une approche structurée pour la communication entre les professionnels de la santé qui comporte une introduction/identification; une situation; des antécédents; une évaluation et une requête/recommandation (ISAÉR).

La méthode ISAÉR a été introduite dans l'unité de soins postanesthésiques d'un important service de santé de Victoria en 2013. Le but de cette étude était d'évaluer les effets d'un programme éducatif portant sur la conformité à la méthode ISAÉR.

Méthodologie : Un concept pré/post-test se servant d'un outil de vérification de 14 points a été utilisé pour évaluer la conformité à la méthode ISAÉR avant et après une intervention éducative dans deux hôpitaux de soins actifs à Melbourne, dans l'état de Victoria. L'intervention consistait en une séance éducative de 30 minutes offerte aux anesthésistes et en deux séances éducatives de 30 minutes offertes aux infirmières de l'unité de soins postanesthésiques, combinées à des indices visuels à l'aide d'affiches murales portant sur la méthode ISAÉR.

Publié à l'origine dans le *Journal of Perioperative Nursing in Australia*, mars 2016. Réimprimé avec l'aimable permission de Australian College of Perioperative Nurses (ACORN).

La méthode ISAÉR est une approche structurée pour la communication entre les fournisseurs de soins de santé.

Résultats : À l'hôpital A, une amélioration considérable a été observée dans les résultats avant et après la vérification pour les points touchant à l'évaluation cardiovasculaire ($\chi^2 (1) = 4,06, p < ,05$), l'évaluation respiratoire ($\chi^2 (1) = 12,85, p < ,01$), l'évaluation analgésique et les actions (méthode exacte de Fisher $p < ,05$) et la responsabilité + aiguillage ($\chi^2 (1) = 4,44, p < ,05$). À l'hôpital B, une amélioration significative a été observée dans les résultats portant sur les difficultés de communication ($\chi^2 (2) = 13,55, p < ,01$) et une diminution importante du rendement a été observée dans l'évaluation respiratoire ($\chi^2 (1) = 8,98, p < ,01$) et la responsabilité + aiguillage ($\chi^2 (1) = 13,26, p < ,01$).

Conséquences pour la pratique : Les résultats de cette étude de cohorte suggèrent qu'un programme éducatif amélioré pourrait produire des résultats mitigés pour la conformité à la méthode ISAÉR. Davantage d'éducation et d'outils visuels pourraient être nécessaires pour améliorer la conformité à la méthode ISAÉR en unité de soins postanesthésiques.

CONTEXTE :

En 2012, la Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (ACSQHC) a identifié le transfert clinique des soins comme une norme clé dans la structure nationale pour la qualité et la sécurité.¹ Étant donné que plus de sept millions de transferts cliniques de soins surviennent chaque année dans les hôpitaux de l'Australie, il était préoccupant de constater que l'ensemble des processus de transferts de soins était très variable et peu fiable, et que ces processus étaient associés à des risques pour les patients et pour la sécurité des patients.² Une révision récente de 31 études de recherche primaires sur les transferts de soins postopératoires a confirmé l'association positive entre les transferts de soins et les événements indésirables et a recommandé la normalisation des processus de transfert de soins.³ La normalisation des transferts cliniques de soins améliorera sans doute la

sécurité des soins aux patients, car l'information essentielle est plus susceptible d'être transférée et il est plus vraisemblable que l'on y donne suite.¹

Dans le milieu des soins périopératoires, les chirurgiens, les infirmières en service interne, les anesthésistes, les infirmières en soins anesthésiques et les infirmières en service externe participent aux soins des patients lors d'une intervention chirurgicale. Chaque membre de l'équipe est responsable de l'information qu'il transfère d'une étape du parcours du patient à l'autre. Cependant, en Australie, c'est l'anesthésiste qui effectue le plus fréquemment le transfert postopératoire des soins.⁴ Le transfert postopératoire consiste à transférer l'information sur l'état et les soins du patient par l'anesthésiste au personnel de l'unité de soins postanesthésiques en faisant un compte-rendu approprié sur les aspects pertinents de la chirurgie et de la technique anesthésique.⁵

La méthode ISAÉR est une approche structurée pour la communication entre les fournisseurs de soins de santé. ISAÉR fait référence à : introduction /identification; situation; antécédents; évaluation et requête/ recommandation.⁶ L'implantation de la méthode ISAÉR à l'hôpital Western Health, un important centre de services de santé métropolitain à Melbourne, dans l'état de Victoria, en Australie a été mise en place pour offrir une approche normalisée au sein de l'établissement.⁷ L'introduction de la méthode ISAÉR a identifié des problèmes de non-conformité menant à l'application d'une stratégie éducative. Le but du projet d'amélioration de la qualité rapporté dans le présent article était d'évaluer les effets du programme éducatif sur la conformité à la méthode ISAÉR.

MÉTHODOLOGIE :

Concept :

Un concept pré/post-test se servant d'un outil de vérification pour évaluer la conformité à la méthode ISAÉR avant et après une intervention d'amélioration de la qualité.

Le Western Health Low Risk Research and Ethics Panel a fait le point sur l'assurance de la qualité.

Échantillon :

Un échantillon de commodité composé d'anesthésistes a été observé sur une période d'une semaine dans deux unités de soins postanesthésiques de deux hôpitaux participants, et ce, au sein du même service de santé. Les transferts de soins effectués par les anesthésistes effectuant le transfert clinique de leurs patients au personnel infirmier de l'unité de soins postanesthésiques étaient inclus dans la vérification. Aucune donnée dans la littérature n'était disponible pour aider à déterminer les calculs relatifs à la taille de l'échantillon afin de comparer la conformité à la méthode ISAÉR avant et après l'utilisation de l'outil de transfert de soins ISAÉR en unité de soins postanesthésiques. Si nous assumons que les données sur la population sont distribuées normalement dans les échantillons indépendants, la taille de l'échantillon proposé de 100 observations dans chaque groupe donnerait une capacité de 83 % pour détecter une différence dans la proportion à l'égard de la conformité en matière de transfert de soins de 50 % à 70 % à un niveau de signification de 0,05 dans une analyse post-hoc de toute

la cohorte. Un nombre historique de cas a suggéré que le résultat serait un échantillon d'environ 200 événements (transferts cliniques de soins).

Intervention :

L'intervention consistait en deux stratégies. Tout d'abord, une séance éducative sur place offerte aux anesthésistes et aux infirmières de l'unité de soins postanesthésiques sur le rendement actuel du processus de transfert des soins. Les séances éducatives étaient principalement de nature didactique, présentant des données probantes appuyant l'introduction d'un transfert clinique structuré. Le modèle du transfert de soins utilisant la méthode ISAÉR a été présenté et appuyé. Puis, des cartes aide-mémoire en taille affiche de la méthode ISAÉR (voir Image 1) ont été affichées aux murs dans toutes les sections de patients des unités de soins postanesthésiques.

Outil :

L'outil de vérification a été élaboré pour évaluer l'observance des principes de la méthode ISAÉR lors du transfert de soins des anesthésistes aux infirmières de l'unité des soins postanesthésiques (voir Image 2). Cet outil a été élaboré pour englober les lignes directrices du Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA) et de l'établissement de soins de santé. Dans le but de faciliter l'évaluation de la validité de l'apparence et du contenu, l'outil a été distribué à des cliniciens spécialisés qui y ont apporté des modifications minimales. L'outil a ensuite été mis à l'essai avant l'étude et il a subi d'autres petites modifications.

Collecte des données :

La vérification préalable a été effectuée immédiatement après l'introduction de la méthode ISAÉR. La stratégie impliquant l'utilisation de l'éducation et d'affiches a été mise en œuvre dans les deux semaines suivant la vérification. La post-vérification a été effectuée quatre mois après l'utilisation de la stratégie impliquant l'éducation et les affiches. L'outil de vérification (Image 2) a été

Image 1 : Carton aide-mémoire ISAÉR

I dentification	Patient Membres du personnel
S ituation	Intervention Type d'anesthésie
A ntécédents	Allergies Comorbidités Difficultés de communication (y compris les patients qui ne parlent pas anglais)
É valuation et actions	Problèmes peropératoires : • chirurgie et anesthésie Problèmes actuels : • observations cardiovasculaires, limites, traitement • observations respiratoires, limites, traitement • interventions analgésiques à ce jour, ordonnances • besoins additionnels, p. ex. : médicaments antiémétiques, glycémie.
R esponsabilité et aiguillage	Nom et coordonnées USI/UHD/service/congé de l'hôpital

Image 2 : Outil de vérification ISAÉR

I	Identification	Nom du patient	Oui	No	S.O.
S	Situation	Intervention			
		Type d'anesthésie			
A	Antécédents	Allergies			
		Comorbidités			
		Difficultés de communication (y compris les patients qui ne parlent pas anglais)			
É	Évaluation et actions	Problèmes peropératoires : chirurgie et anesthésie			
		Problèmes actuels :			
		- Cardiovasculaire : observations, limites acceptables, traitement (y compris solution intraveineuse et interventions)			
		- Respiratoire : observations, limites acceptables, traitement (y compris O2)			
		- Analgésie : interventions à ce jour, traitement continu			
		- Besoins additionnels : p. ex. : médicaments antiémétiques, rayons X, biochimie/hématologie/glycémie.			
		- Autres commentaires			
R	Responsabilité et aiguilla	Nom et coordonnées			
		USI/UHD/service/congé de l'hôpital			
RÉSULTAT TOTAL			/14		

Directives pour le personnel infirmier de l'unité de soins postanesthésiques :

Résultat maximum possible = 14

Chaque réponse « oui » donne 1; chaque réponse « non » ou chaque réponse « S. O. » donne 0.

rempli par le personnel infirmier Sunshine et Footscray de l'unité de soins postanesthésiques lors du transfert clinique par l'anesthésiste une fois que le patient avait été branché à l'équipement de surveillance et que ce dernier semblait stable selon l'infirmière de l'unité de soins postanesthésiques. L'outil de vérification a été mis à l'essai lors de 10 transferts de soins effectués par deux infirmières-enseignantes de l'unité de soins postanesthésiques et elles ont conclu qu'il était pratique, opportun et qu'il faisait preuve d'un consensus élevé entre évaluateurs. Les vérifications ont été effectuées par les infirmières de l'unité de soins postanesthésiques qui avaient été formées pour effectuer les vérifications lors des deux séances éducatives. Les vérifications remplies ont été déposées dans une boîte verrouillée et ces dernières étaient recueillies de la

boîte à la fin de la période d'une semaine par la chef d'équipe du projet (PK).

Déontologie :

Le Western Health Low Risk Research and Ethics Panel a fait le point sur l'assurance de la qualité. L'autorisation a été accordée le 13 octobre 2014. Le numéro de référence de l'assurance de la qualité pour la recherche sur les risques faibles pour les humains est : QA2014.94. L'identité de participants n'a pas été dévoilée, car aucune donnée démographique identificatoire n'a été enregistrée.

Indicateurs des résultats :

Les indicateurs des résultats se composaient des différences en matière de conformité avant et après la vérification des 14 points de l'outil de vérification. Ces points consignaient

L'environnement de l'unité de soins postanesthésiques peut être un endroit stressant et des soins normalisés peuvent améliorer les soins apportés aux patients.⁸

l'identification du nom du patient, l'intervention, le type d'anesthésie, les allergies, les comorbidités, les difficultés de communication, les problèmes opératoires lors de la chirurgie et de l'anesthésie, les observations cardiovasculaires et respiratoires, l'analgésie, les besoins additionnels, le nom de la personne qui a recommandé le patient et ses coordonnées ainsi que la destination probable du transfert.

Analyse des données :

Des tabulations recoupées ont été utilisées pour examiner la nature catégorique des données pour déterminer s'il existait une différence significative entre les données avant la vérification (vérification 1) et celles après la vérification (vérification 2) en fonction des 13 points en question. L'analyse a été menée séparément dans deux sites hospitaliers différents (hôpital A et hôpital B). Des variables aléatoires khi-carré de Pearson ont été signalées. De plus, la méthode exacte de Fisher a également été signalée pour les points dont les chiffres étaient de moins de 5 dans chaque cellule.

Résultats :

Le Tableau 1 indique les pourcentages et les résultats de tests tirés des tabulations recoupées des 283 transferts de soins effectués dans les deux unités de soins postanesthésiques des hôpitaux (hôpital A, n=148, hôpital B, n=135). À l'hôpital A, des différences significatives ont été observées entre la vérification 1 et la vérification 2 pour les points examinant l'Évaluation et actions : Cardiovasculaire : observations, limites acceptables, traitement (y compris solution intraveineuse et interventions) ($\chi^2 (1) = 4,06, p < ,05$); Évaluation et actions : Respiratoire : observations, limites acceptables, traitement (y compris O₂) ($\chi^2 (1) = 12,85, p < ,01$); Évaluation et actions : Analgésie : interventions à ce jour, traitement continu (méthode exacte de Fisher $p < ,05$); et Responsabilité et aiguillage : service de soins intensifs/UHD/service/congé de l'hôpital ($\chi^2 (1) = 4,44, p < ,05$).

À l'hôpital B, trois points ont démontré

des différences significatives, y compris les points Antécédents : difficultés de communication (notamment de milieu non anglophone) ($\chi^2 (2) = 13,55, p < ,01$); Évaluation et actions : Respiratoire : observations, limites acceptables, traitement (y compris O₂) ($\chi^2 (1) = 8,98, p < ,01$); et Responsabilité et aiguillage : service de soins intensifs/UHD/service/congé de l'hôpital ($\chi^2 (1) = 13,26, p < ,01$).

Discussion :

Les principales conclusions ressortant de cette vérification démontrent que l'éducation, combinée aux affiches de la méthode ISAÉR peuvent être associées à la fois à une amélioration, mais aussi à une réduction de la conformité à l'égard des principes ISAÉR. Dans les deux hôpitaux, aucun élément de la vérification n'a connu une amélioration significative. Au sein de l'hôpital de soins plus aigus (hôpital A), des améliorations ont été observées dans le signalement des observations respiratoires et cardiovasculaires, des préoccupations liées à l'analgésie et l'aiguillage, tandis que dans l'hôpital B, des améliorations ont seulement été notées dans le signalement des difficultés de communication. Les améliorations observées dans l'hôpital A pourraient avoir été associées avec le niveau de complexité accru des soins aux patients offerts à cet hôpital. Le profil culturel plus général de l'hôpital B pourrait avoir influencé l'attention portée aux défis liés à la communication lors des transferts de soins.

Dans l'hôpital B, on n'a pas pu expliquer la réduction de la conformité à la méthode ISAÉR dans les observations respiratoires et l'aiguillage. Le contraste entre le déclin et l'amélioration à la conformité dans ces domaines au sein de l'hôpital A portent à croire qu'il existe d'autres éléments influençant la conformité à la méthode ISAÉR que tout simplement une stratégie éducative combinée à des cartons aide-mémoire. L'importance du leadership et de la culture liée au renforcement de la qualité pour une communication structurée ont été identifiés comme étant essentiels² et cela pourrait avoir eu une influence sur nos résultats. Cela dit, des stratégies additionnelles de changement

Tableau 1 : Comparaison entre la vérification 1 et la vérification 2 pour l'hôpital A (n=148) et l'hôpital B (n=135)

Point	Hôpital A				Hôpital B			
	Vérification 1 Oui (%)	Vérification 2 Oui (%)	P khi-carré de Pearson (2 côtés)	P méthode exacte de Fisher (2 côtés)	Vérification 2 Oui (%)	Vérification 2 Oui (%)	P khi-carré de Pearson (2 côtés)	P méthode exacte de Fisher (2 côtés)
1. Identification : nom du patient	79.8	91.8	-	.10	79.8	91.8	-	.10
2. Situation : intervention	99.0	100	-	1.00	100	98.0	-	.37
3. Situation : type d'anesthésie	94.9	87.8	-	.18	94.1	100	-	.16
4. Antécédents : allergies	59.4	67.3	.35	-	65.5	78	.13	-
5. Antécédents : comorbidités	80.6	91.8	-	.09	89.2	90.0	-	1.00
6. Antécédents : difficultés de communication (y compris de milieu non anglophone)	27.6	22.4	.07	-	30.6	44.0	.00	-
7. Évaluation et actions : problèmes peropératoires : chirurgie et anesthésie	69.1	50.0	.06	-	70.4	80.9	.42	-
8. Évaluation et actions : cardiovasculaire : observations, limites acceptables, traitement (y compris solution intraveineuse et interventions)	65.7	81.6	.04	-	83.5	82.0	.82	-
9. Évaluation et actions : respiratoire : observations, limites acceptables, traitement (y compris O ₂)	53.5	83.7	.00	-	81.2	57.1	.00	-
10. Évaluation et actions : Analgésie : interventions à ce jour, traitement continu	80.8	93.9	-	.05 (.048)	96.5	93.9	-	.67
11. Évaluation et actions : besoins additionnels : p. ex. : médicaments antiémétiques, rayons X, biochimie/hématologie/glycémie*	71.1	79.6	.27	-	67.1	78.0	.18	-
12. Responsabilité et aiguillage : Nom et coordonnées	51.1	63.3	.04	-	71.4	60.4	.19	-
13. Responsabilité et aiguillage : USI/UHD/service/ congé de l'hôpital	53.2	71.4	-	-	76.2	44.9	.00	-

* Les options de réponses de ce point englobent trois catégories

afin de compléter à la stratégie éducative pourrait améliorer la conformité à la méthode ISAÉR.

L'environnement de l'unité de soins postanesthésiques peut être un endroit stressant et des soins normalisés peuvent améliorer les soins apportés aux patients.⁸ Les manquements lors des transferts de soins sont courants et peuvent mener à des délais pour le diagnostic et le traitement.³ Un transfert de soins médiocre peut également être source de gaspillage des ressources.⁶ Il a été déterminé que l'échec du transfert de l'information constituait l'un des plus importants facteurs associés aux événements indésirables graves et que ce point était la principale cause évitable de danger pour les patients.¹ Compte tenu des complexités de la communication dans les services de santé et des résultats mitigés de cette étude, une formation plus poussée en communication⁹ pourrait améliorer les pratiques normalisées de transfert des soins structurés, comme la méthode ISAÉR.

La méthode ISAÉR se veut un exemple de normalisation d'un processus courant, le transfert des soins, afin de faciliter le transfert exhaustif des renseignements liés au patient, de son évaluation, de ses progrès et de son état futur. Notre étude a démontré un certain succès quant à l'amélioration de cette normalisation dans le but ultime de

normaliser et d'améliorer les processus de soins pour les patients.

Points forts et limites :

Le principal point fort de cette étude est qu'elle a été effectuée dans un environnement de pratique, soit dans deux importants hôpitaux universitaires et au sein du même service de santé. Cela étant dit, les facteurs influençant la conformité à la méthode ISAÉR, comme le leadership au sein de l'unité de soins postanesthésiques et la culture de gestion, n'ont pas été évalués objectivement. La méthode ISAÉR faisait partie de la politique de transfert des soins des établissements de soins. Les autres itérations courantes, telles les techniques ISOBAR et SAER n'ont pas été évaluées. Cette étude s'est servie d'un plan de vérification avec tests avant et après et nos conclusions ne devraient donc pas être généralisées au contexte d'autres unités de soins postanesthésiques.

CONCLUSION :

Cette étude a démontré que la conformité à la méthode ISAÉR lors du transfert de soins entre les anesthésistes et le personnel infirmier de l'unité de soins postanesthésiques peut être améliorée par le biais de l'éducation, combinée à des affiches. Toutefois, nous avons également observé d'importants éléments engendrant une réduction de la conformité. Différents facteurs contextuels sont susceptibles d'affecter la conformité à la méthode ISAÉR et ces derniers devraient être pris en considération lorsque des stratégies pour améliorer la normalisation des transferts sont utilisées.

RÉFÉRENCES :

1. National Safety and Quality Health Service Standards: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care — Standard 6: Clinical Handover — Safety and Quality Improvement Guide, 2012. Canberra: Australian Government.
2. Botti M, Bucknall T, Cameron P, Johnstone MJ, Redley B, Evans S & Jeffcott S (2009). Examining communication and team performance during clinical handover

in a complex environment: the private sector post anaesthetic care unit. *Medical Journal of Australia*, Vol. 190, No. 11, S157–160.

3. Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, Barbeito A, Rogers D, Thornlow DK, ... & Mark JB (2012). Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesthesia & Analgesia*, Vol. 115, No. 1, pp. 102–115.
4. Anumakonda V, Doijode S & Bhaskaran S (2011). A prospective audit of multidisciplinary handover (MDHO) of responsibility for patients in the post anaesthetic care unit in a District General Hospital (DGH): Patient safety perspective. *European Journal of Anaesthesiology*, Vol. 28, Suppl. 48, p. 215.
5. Nagdeve N & Kada VK (2011). Quality of handover of patients to the postanesthetic care unit staff: 17AP1–2. *European Journal of Anaesthesiology*, Vol. 28, p. 214.
6. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare: OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement 2012. www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf Téléchargé le 10 juillet 2015.
7. Western Health (2014). Clinical Handover. Policy code P-CC5.2 inside.wh.org.au/policies-procedures-forms/WHDocuments/Clinical Handover.docx Téléchargé le 10 juillet 2015.
8. Gill SD, Hughes A, McCall-White M, Pascoe H (2014). Clinical Handover: An Audit from Australia. *AMJ*, Vol. 7, No. 9, pp. 363–371.
9. Watson BM, Manias E, Geddes F, Della P & Jones D (2015). An analysis of clinical handover miscommunication using a language and social psychology approach. *Journal of Language and Social Psychology*, en ligne avant la publication imprimée le 14 mai, DOI: 20150261927X15586200.

Les normes de l'AIISOC relatives à cet article figurent dans la publication Normes de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (12e édition) de l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) d'octobre 2015, section 3.3, p. 211 à 213. Norme portant sur la phase postopératoire immédiate.