

Implantation d'un triage obstétrical systématique dans un centre hospitalier tertiaire

Amélie Guay¹, inf., M.Sc., ICP(C), infirmière clinicienne en pratique avancée en périnatalité, Marie-Pierre Gagné¹, inf., B.Sc., infirmière-chef d'unité salle d'accouchement et cliniques d'obstétrique, Anne-Sophie Perron¹, Inf. M. Sc., infirmière clinicienne en pratique avancée, Dr Bi Lan Wo², M.D., F.R.C.S.C, obstétricienne-gynécologue spécialiste en médecine maternelle et fœtale
 Direction des soins infirmiers du Centre hospitalier de l'Université de Montréal¹, Direction des affaires médicales et universitaires du Centre hospitalier de l'Université de Montréal ²

Résumé de l'initiative clinique

Alors que le triage est bien implanté dans les urgences, pourquoi ne l'est-il pas encore dans les salles d'accouchement? Le triage obstétrical accueille pourtant de nombreuses patientes au cours de leur grossesse. Alors qu'il s'impose comme un standard de pratique, il existe très peu d'écrits sur le sujet et rien ne semble applicable dans le contexte québécois. Des enjeux de définitions des rôles, de gestion des priorités et des flux ainsi que l'absence de programme d'orientation ont amené l'équipe du centre des naissances du CHUM à questionner de nouveau les pratiques. Afin de baliser le processus, une équipe interprofessionnelle menée par un groupe d'infirmières du CHUM a développé des lignes directrices sur le triage obstétrical inspirées des meilleures pratiques et de la littérature. Elle a ensuite implanté un processus du triage obstétrical systématique afin de développer ce rôle infirmier et tendre vers une qualité des soins optimale. Les résultats montrent une meilleure prise en charge des patientes, une diminution du délai avant une évaluation maternelle et fœtale, une diminution de la durée moyenne de séjour au triage, une meilleure consistance dans la priorisation des patientes et une bonification de la documentation des éléments importants. D'ailleurs, comme observé à l'an 2, ces retombées positives du changement de pratique se sont pérennisées. Cette affiche présente les étapes d'implantation du processus de triage systématique utilisant les étapes de « *knowledge to action cycle* », les stratégies de transferts des connaissances, les résultats obtenus ainsi que les facteurs facilitants et les enjeux liés à l'implantation et à la pérennisation.

Objectifs

- Améliorer la priorisation des patientes
- Assurer une prise en charge uniforme des patientes
- Rehausser la qualité des soins au triage obstétrical
- Développer le rôle infirmier au triage obstétrical
- Diminuer la durée de séjour
- Améliorer la collaboration interprofessionnelle

Description du projet

Développement du projet

1. Élaborer un plan d'action basé sur un modèle d'implantation
2. Analyser le problème et identifier l'écart avec les pratiques exemplaires et les besoins
 - Créer un comité interdisciplinaire avec un représentant de chaque profession et spécialité, dont des infirmières d'expériences variées, des conseillères et gestionnaires
 - Faire une recension littéraire et choisir l'échelle de triage
 - Aller observer au triage obstétrical des autres hôpitaux et de l'urgence
3. Adapter les connaissances au contexte local
 - Définir le mandat du triage obstétrical (population, activités, entente avec les cliniques et l'urgence)
 - Rédiger un cadre de référence adapté au contexte CHUM
4. Adapter les connaissances
 - Créer des outils de références : documentation, protocoles, ordonnances collectives
 - Réorganiser les lieux physiques : salle d'attente, salle de consultation, zone civières
 - Réfléchir à l'organisation du travail en lien avec le processus de triage
 - Identifier les responsables de l'évaluation médicale et la coordination entre chacun (étudiants, patrons, consultants)
 - Prévoir le matériel nécessaire
 - Établir les ressources humaines nécessaires et prévoir la couverture médicale
 - Élaborer des formations adaptées aux besoins des différents professionnels

- Officialiser l'implantation : toutes les infirmières doivent appliquer les changements et utiliser le formulaire
 - Faire un projet pilote pour le nouveau formulaire
2. Surveiller les connaissances et évaluer l'impact sur la pratique
 - Faire des audits hebdomadaires ciblés sur les priorités : utilisation de l'ETGO, évaluation en deux temps et délais d'évaluation dans les normes
 - Diffuser les résultats et donner de la rétroaction
 3. Pérenniser le changement de pratique
 - Identifier les lacunes et apporter les correctifs
 - Officialiser le nouveau formulaire à la suite des commentaires reçus
 - Camper le changement dans la formation des nouvelles infirmières

Stratégies de transfert des connaissances

- S'outiller en tant qu'agent de changement
- Réfléchir aux obstacles et facilitants potentiels pour mieux les anticiper et réagir
- Avoir une équipe interdisciplinaire variée pour former le comité du triage
- Former des mentors issus de l'unité et les soutenir dans leurs rôles, notamment en les libérant pour accomplir leurs tâches
- Favoriser la participation des infirmières et recueillir les commentaires et idées
- Annoncer le changement à l'avance et informer les différents employés du changement
- Rendre disponibles les références (protocoles, ordonnances collectives, échelle de triage...)
- Modifier la documentation et la formation pour intégrer le nouveau processus de triage
- Déterminer des priorités puisqu'il s'agit d'un gros changement de pratique
- Faire des audits hebdomadaires, puis mensuels en formulant des objectifs réalistes
- Communiquer les résultats lors des réunions d'équipe, par courriel, affiches et suivis personnalisés au besoin

Discussion

À la suite de l'implantation, un bilan des facteurs facilitants et contraignants au changement de pratique a été réalisé.

Facteurs facilitants	Facteurs contraignants
<ul style="list-style-type: none"> • Priorisation du projet triage (reconnaissance du besoin, soutien des gestionnaires) • Implication et enthousiasme de l'équipe • Formation adaptée aux différents besoins • Implantation graduelle • Rétroaction fréquente • Pandémie (besoin accru de priorisation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement (absence de salle d'attente) • Organisation des procédures électives • Rôles et responsabilités • Disponibilité médicale • Documentations (uniformiser avec logiciel de surveillance fœtale) • Pandémie (équipe surchargée)

Ces constats ainsi que les résultats des audits ont permis d'établir des stratégies à mettre en place ou à maintenir afin de pérenniser le changement de pratique et de se conformer aux lignes directrices.

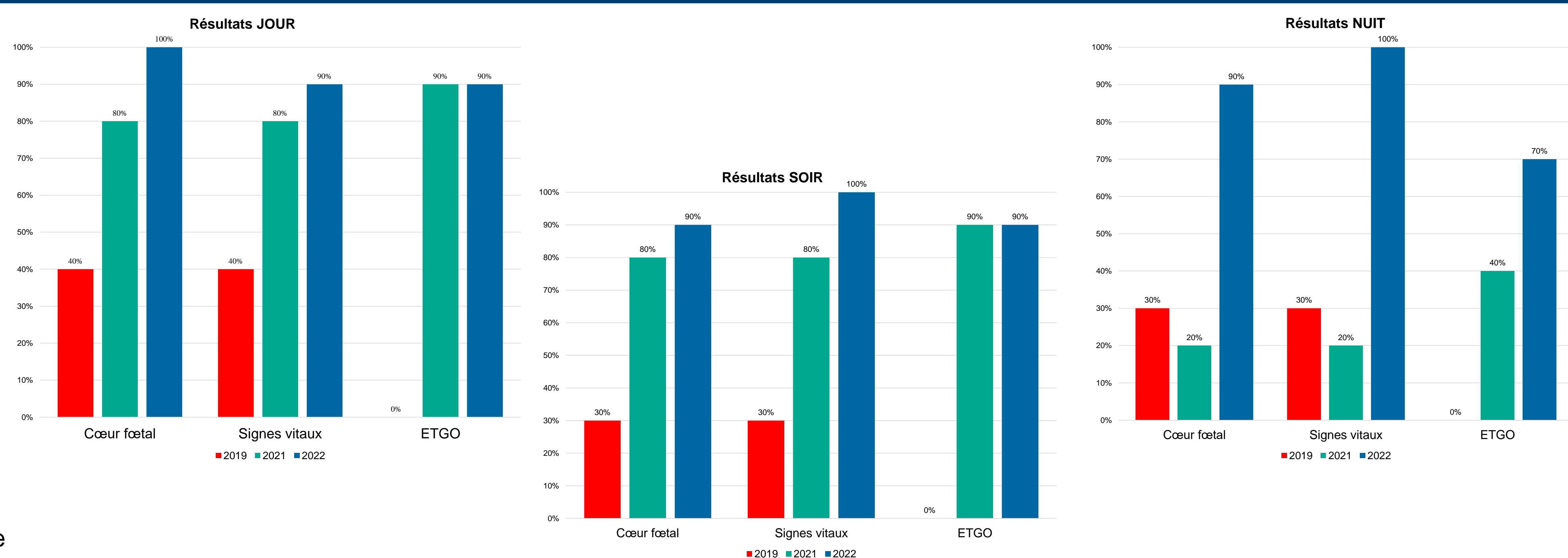
Parmi celles-ci, on retrouve :

- Pérennisation du comité triage
- Réorganisation des procédures électives (en les retirant du triage)
- Développement d'ententes de redirection avec l'urgence et les bureaux des médecins
- Développement d'une clinique de relance
- Création d'ordonnances collectives
- Organisation de révision de cas, d'ateliers de perfectionnement et de simulations in situ
- Consolider le plan de développement des compétences en obstétrique basé sur le modèle de Benner et définition des compétences préalables requises
- Instaurer une formation obligatoire pour l'infirmière au triage incluant une journée théorique avec des mises en situation, simulations et techniques suivie de préceptorat
- Établir des objectifs d'orientation avec un suivi des compétences

Impacts du changement de pratique

Les audits montrent :

- Une meilleure prise en charge des patientes et une évaluation initiale plus complète
- Une diminution du délai avant une évaluation fœto-maternelle pour atteindre la cible de 10 minutes
- Une meilleure constance dans la priorisation des patientes (utilisation de l'échelle de triage et gravité obstétrical [ETGO])
- Une meilleure documentation des éléments importants
- Une pérennisation du changement de pratique



Conclusion

Le triage obstétrical systématique favorise une qualité des soins optimale et l'exercice de la pleine étendue du rôle infirmier. Les retombées observées au CHUM permettent de constater une prise en charge plus uniforme des patientes, une meilleure sécurité des patientes et un maintien du changement de pratique dans le temps. Bien que certaines contraintes aient été identifiées, des stratégies et des mesures sont mises en place afin d'effectuer des soins basés sur les meilleures pratiques cliniques. Le triage obstétrical systématique étant un standard de pratique en périnatalité, il importe donc de prioriser son implantation dans les salles d'accouchement et d'en faire un incontournable comme dans les urgences.

Références

- Beveridge, R., Clarke, B., Janes, L., Savage, N., Thompson, J., Dodd, G. ... Vadeboncoeur, A. (1998). *L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence : Guide d'implantation*. Québec, Canada : Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU - CAEP), National Emergency Nurses Affiliation of Canada Inc. (NENA), Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ), Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec (AGIUQ) et Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ).
- Castiglione, S., & Ritchie, J.A. (2012). *Moving into action: We know what practices we want to change, now what?: An implementation guide for health care practitioners*. Centre for Knowledge, Innovation and Action. Montreal, Canada : McGill University Health Centre.
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM] (2020). *Lignes directrices sur le triage obstétrical*. Montréal, Canada : CHUM.
- Graham, I.D. (2013). *Knowledge translation in health care. Moving from Evidence to Practice (2nd edition)*. Presentation given at Epidemiology debates at the University of Ottawa, Ottawa, Canada.
- Guay, A. (2021). Soins en périnatalité : le triage obstétrical. *Perspective Infirmière*, 18(2), 21-25.

Remerciements

Nous remercions les membres du comité du triage obstétrical pour leurs implication et dévouement, Josée Desrochers et Kathy Malas pour leur soutien et l'ensemble du département d'obstétrique pour leur travail. Merci au CHUM pour sa contribution.