



# L'impact des visites interdisciplinaires normalisées sur les patients gravement malades aux urgences : Une initiative d'amélioration de la qualité

Kalina Repin<sup>1</sup>, M.Sc.Inf., NP(F), Will Thomas-Boaz<sup>2</sup>, I.A., B.Sc.N, M.Sc.Inf., CSU(C), Bourke Tillmann<sup>3</sup>, MD, FRCP(C), Barbara Duncan<sup>4</sup>, I. A., B.Sc.N, et Grace Walter<sup>5</sup>, I. A., B.Sc.N, CSI(C)

<sup>1</sup> ORCID: 0000-0002-2062-078 X, University of British Columbia, Fraser Health Authority, Colombie-Britannique; Kalina.Repin@Fraserhealth.ca

<sup>2</sup> Sunnybrook Health Sciences Centre, Emergency, Toronto, ON; Will.Thomas-Boaz@sunnybrook.ca

<sup>3</sup> Sunnybrook Health Sciences Centre, Department of Critical Care Medicine, Toronto, ON; Bourke.Tillmann@sunnybrook.ca

<sup>4</sup> Sunnybrook Health Sciences Centre, Trauma Services, Toronto, ON; Barb.Duncan@sunnybrook.ca

<sup>5</sup> Sunnybrook Health Sciences Centre, Trauma, Toronto, ON; Grace.Walter@sunnybrook.ca

**Auteurs correspondant :** Kalina Repin 1-10973 Barnston View Rd, Pitt Meadows, Colombie-Britannique V3Y 0B8; 236-632-5837;

Twitter : @kalinaRepin; Instagram: @KalinaChernoff @Will.Boaz

## Résumé

**Contexte et problème local :** Les patients hébergés aux urgences ne sont généralement pas inclus dans les visites interdisciplinaires des unités de soins intensifs. L'objectif du projet était de mettre en place ce genre de visites aux urgences pour les patients en soins intensifs.

**Méthodes et interventions :** De leur arrivée à leur transfert, les patients de l'USI au service des urgences ont été suivis pendant deux mois. Le principal résultat était la faisabilité des tournées aux USI, calculée en fonction de la proportion de jours pendant lesquels des tournées ont eu lieu. Les résultats secondaires concernaient la qualité de la communication, le délai d'ingestion et la documentation relative à la prophylaxie de la TVP.

**Résultats :** Un total de 92 patients ont participé à ce projet. Les visites ont eu lieu 33 jours sur 36 jours possibles. Après les visites, les infirmières et les médecins ont constaté une amélioration de la communication. De nouvelles ordonnances de prophylaxie de la TVP ont été rédigées dans 42 % des cas, et 61 quasi-incident ont été corrigés. Le délai entre la présentation du patient aux urgences et la première consommation orale a diminué de 28 à 17 heures.

**Conclusions :** Les tournées interdisciplinaires aux urgences sont réalisables, améliorent les soins aux patients et la communication entre les membres de l'équipe.

**Mots-clés :** soins intensifs, médecine d'urgence, amélioration de la qualité, soins infirmiers, équipe de soins aux patients, relations interprofessionnelles

## Introduction

Les visites aux services d'urgence et la durée du séjour ont augmenté de façon marquée au cours de la dernière décennie (ICIS, s.d.). Au Canada, le nombre annuel de visites aux urgences est passé de 1 041 271 en 2013 à 1 145 433 visites en 2017. Ainsi, une proportion accrue de patients sont hébergés à l'urgence. Ce phénomène se produit lorsqu'un patient est retenu à l'urgence en attendant d'être transféré dans une unité d'hospitalisation et est associé à des résultats négatifs pour le patient (ACEP, 2018 ; Mohr et coll., 2020 ; Santos et coll., 2020).

L'une des stratégies visant à améliorer les résultats des patients gravement malades consiste à mettre en place des tournées interdisciplinaires normalisées (Jain et coll., 2006). Les tournées interprofessionnelles au chevet des patients impliquent que l'équipe de l'unité de soins intensifs (USI) se réunisse à une heure fixe chaque jour pour discuter et planifier les soins d'un patient (Holodinsky et coll., 2015 ; Jain et coll., 2006 ; McNeil

et coll., 2015). Ces tournées accordent des avantages importants, y compris une réduction des taux d'infection et de la fréquence des événements indésirables, une DMS plus courte et une diminution des coûts pour le système de santé (Jain et coll., 2006). De plus, elles donnent l'occasion aux collègues de différents environnements de collaborer (Longo, 2010; Platis et coll., 2015). Toutefois, les patients gravement malades hébergés aux urgences ne sont pas habituellement inclus dans les visites des unités de soins intensifs.

Dans le cadre de ce projet d'amélioration de la qualité, nous avons mis en place des tournées interdisciplinaires normalisées pour les patients gravement malades accueillis aux urgences. Pour évaluer l'impact de ces tournées, nous avons évalué la satisfaction du personnel infirmier par rapport à la communication entre les équipes des services d'urgence et des USI, ainsi qu'à deux normes de pratiques exemplaires des unités de soins intensifs : le délai d'administration de la nutrition entérale et la prescription d'une prophylaxie appropriée de la thrombose veineuse profonde (TVP).

## Méthode

### Contexte

Cette étude a porté sur des patients adultes, âgés de plus de 18 ans, admis dans une unité de soins intensifs de niveau 2 ou 3 par les urgences d'un seul hôpital universitaire tertiaire de l'Ontario, au Canada. En Ontario, les patients des unités de soins intensifs de niveau 3 sont considérés comme les plus malades et nécessitent généralement des soins infirmiers 1 à 1 pour une assistance ventilatoire invasive ou une défaillance d'organe multisystémique (Soins aux malades en phase critique Ontario, 2020). Les patients de niveau 2 exigent une surveillance étroite et des soins médicaux intensifs en cas de défaillance d'un seul organe ou de ventilation non invasive à court terme (Soins aux malades en phase critique Ontario, 2020).

Dans cet établissement, en 2018, il y avait au total 50 places de soins aux urgences, 20 places d'USI de niveau 2 et 38 places de niveau 3. Le volume annuel des urgences en 2018 était près de 61 000. Parmi ces patients, 1 363 ont été admis dans une unité de soins intensifs. Le ratio infirmier/patient est de quatre pour un (4:1), tandis que dans l'USI de niveau 2, le ratio est de 2:1, et de 1:1 dans les unités de niveau 3. En 2018, les patients gravement malades admis aux urgences ont attendu en moyenne 28 heures avant de recevoir une alimentation entérale, et le 90<sup>e</sup> percentile de la durée de séjour aux urgences était supérieur à 48 heures.

### Interventions

Ce projet pour l'amélioration de la qualité s'est déroulé du 3 janvier au 21 février 2019. Les tournées ont eu lieu aux urgences du lundi au vendredi à 10 h, et tous les patients des unités de soins intensifs de niveau 2 ou 3 présents aux urgences au moment des tournées ont été inclus. Le déploiement était basé sur le modèle Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (Leis et Shojanian, 2017). La mise en œuvre a été coordonnée par l'équipe de projets, composée d'une infirmière de l'urgence, de l'infirmière clinicienne spécialisée de l'urgence (infirmière en pratique avancée) et de l'éducatrice de l'unité, d'un médecin de l'unité de soins intensifs, de l'éducatrice clinique de l'unité de soins intensifs,

pharmacien de l'urgence et du directeur de l'urgence. L'équipe s'est réunie toutes les deux semaines pendant trois mois avant la mise en œuvre du projet, de même que pendant toute la durée du projet.

L'étude a été menée en trois étapes. La première a consisté en une évaluation des besoins au cours de laquelle des données ont été recueillies par une vérification des dossiers de patients sélectionnés au hasard et admis à l'USI en provenance des urgences au cours de l'été 2018. Parallèlement, au cours de cette étape, les infirmières des urgences et les médecins des unités de soins intensifs ont été invités à répondre à une enquête visant à déterminer leur perception de la communication entre professionnels aux urgences.

La deuxième étape a consisté à concevoir les tournées de sorte qu'elles s'intègrent aux processus des services d'urgence. Comme les rondes aux soins intensifs n'étaient pas une pratique courante dans les services d'urgence, les infirmières qui y travaillent ont reçu une formation sur le processus des tournées aux soins intensifs et sur leur rôle pendant ces tournées. La troisième étape a été la mise en œuvre et la collecte des données.

### Structure des tournées

Les tournées ont été organisées de manière à refléter les tournées quotidiennes effectuées à l'unité de soins intensifs, et adaptés aux contraintes de temps de l'urgence. Le but était d'organiser des visites au chevet des patients aux urgences du lundi au vendredi à 10 h et de s'assurer de la présence d'une équipe interdisciplinaire, c'est-à-dire au moins un représentant des médecins (associé ou membre du personnel) et une infirmière des urgences. Les visites devaient durer moins de 10 minutes par patient afin de minimiser les perturbations aux urgences.

Les tournées ont été élaborées après consultation des médecins-chefs des unités de soins intensifs et des lignes directrices sur les meilleures pratiques (Holodinsky et coll., 2015; Jain et coll., 2006; McNeil et coll., 2015). Les tournées ont été activées par un téléavertisseur à 9 h 50. L'équipe était attendue au bureau de l'infirmière en chef de l'urgence à 10 h. L'équipe a fluctué entre sa taille minimale (médecin de l'USI et infirmière de l'urgence) et sa composition optimale, qui comprenait les médecins de l'USI, les collègues-médecins et les résidents, l'infirmière responsable de l'urgence, l'infirmière de l'USI, le pharmacien, l'inhalothérapeute et un représentant de la direction des soins infirmiers. L'ordre des patients a été déterminé en fonction de leur gravité et de leur emplacement.

Les tournées se sont déroulées comme suit : pour débiter les visites, le médecin responsable (membre du personnel, collègue-médecin ou résident) présentait l'équipe, récapitulait le cas et soulignait les résultats de laboratoire critiques. Si le patient nécessitait une ventilation (invasive ou non invasive), l'inhalothérapeute identifiait ensuite les problèmes ou les améliorations concernant les voies respiratoires et la respiration. Ensuite, l'infirmière principale de l'urgence abordait trois éléments : les événements importants survenus dans les 24 heures, les résultats anormaux et toute préoccupation (issue de sa propre évaluation ou signalée par la famille). La pharmacie examinait ensuite les médicaments et l'infirmière de l'unité de soins intensifs était

invitée à émettre des commentaires. Le médecin en chef résumait ensuite le plan et invitait la famille à donner son avis. Enfin, tout changement significatif de l'état du patient a été communiqué à l'infirmière responsable des urgences.

### Mesures des résultats

Le résultat principal était la faisabilité des tournées de l'USI aux urgences. Ce critère a été mesuré en fonction de la proportion de jours où des visites interdisciplinaires ont eu lieu pendant la période d'étude. Les résultats secondaires comprenaient la qualité de la communication entre les infirmières, les médecins et la famille concernant le plan de soins du patient, le délai avant la première prise entérale, la présence de l'équipe interdisciplinaire, la présence de la famille, le nombre de quasi - incidents corrigés (définis dans ce projet comme des événements qui auraient pu entraîner des conséquences néfastes pour le patient) et le nombre d'ordonnances rédigées pour la prophylaxie de la TVP. La qualité de la communication a été évaluée à l'aide d'un sondage uniformisé sur la communication élaboré avec la participation de l'équipe du projet (annexe A) (Soins aux malades en phase critique Ontario ; Stratton, 2018).

### Collecte des données

Des enquêtes qualitatives et quantitatives ont été employées pour recueillir des données quant à la satisfaction des prestataires de soins, des patients et des familles à l'égard du processus de tournée (annexe A). Avant d'être distribuées, les questions du sondage ont été révisées par tous les membres de l'équipe de projets pour en vérifier la validité et la cohérence. À partir de SurveyMonkey, les questions ont été formulées à l'aide de questions normalisées et ont utilisé une échelle de Likert (annexe A) (Stratton, 2018 ; SurveyMonkey, 2020). Les partenaires communautaires des patients ont été informés des étapes du projet lors de leurs réunions trimestrielles.

Les sondages auprès du personnel soignant ont été distribués et remplis en ligne sur le site SurveyMonkey (annexe A). Des sondages sur la satisfaction des familles ont été distribués et recueillis en ligne auprès des familles ayant reçu des soins d'USI au service des urgences (annexe A). L'équipe du projet qui assistait aux

tournées a recueilli quotidiennement des données sur les soins aux patients. Les données recueillies comprenaient la présence du médecin, de l'infirmière de l'urgence, de l'infirmière de l'USI, du pharmacien et de la famille, la discussion sur la nutrition, la commande d'une nouvelle alimentation et d'une prophylaxie appropriée contre la TVP, les quasi-accidents identifiés et si le patient a été transféré dans une unité de soins.

### Analyse

Les caractéristiques de base des patients (âge, sexe, diagnostic, durée de séjour aux urgences) ont été évaluées à l'aide de statistiques descriptives (figure 1). Les variables continues ont été présentées par la moyenne et l'écart-type et les variables qualitatives par le nombre et le pourcentage. Pour examiner la représentativité des patients inclus dans ce projet, les caractéristiques de base ont été comparées entre les patients admis aux urgences en semaine et ceux admis durant les fins de semaine. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'une analyse Khi-carré et les variables continues au moyen du test T. Les réponses du personnel infirmier ont été analysées afin de déterminer les changements de tendances avant et après la mise en œuvre des tournées.

Puisqu'il s'agissait d'un projet structuré selon des directives d'amélioration de la qualité, on a renoncé à l'approbation éthique formelle. Ni les patients ni le public n'ont été impliqués dans la conception, la conduite ou le recrutement de ce projet.

### Résultats

Au cours de la période d'intervention de deux mois, un total de 188 patients gravement malades ont été hébergés aux urgences. Parmi ces patients, 93 (49,5 %) se trouvaient aux urgences un matin de semaine, au moment des tournées. La majorité des patients gravement malades admis aux urgences pendant la période d'étude étaient âgés de 65 ans ou plus, et les hommes étaient légèrement plus nombreux (figure 1). Près d'un tiers des patients ont terminé leur séjour aux soins intensifs alors qu'ils étaient hospitalisés aux urgences. Par ailleurs, bien que les patients admis la fin de semaine semblaient plus jeunes, aucune différence significative n'a été observée entre les patients admis la semaine et ceux admis la fin de semaine.

**Figure 1**

*Patient characteristics*

	All patients (n = 188)	Patients admitted to an ICU during the week (n = 129)	Patients admitted to an ICU during the weekend (n = 59)	p- value
Age, mean (±SD)	64.9 (21.9)	68.5 (21.7)	61.4 (22.0)	0.14
Age ≥65 years, n (%)	105 (55.9)	77 (59.7)	28 (47.5)	0.12
Female, n (%)	88 (46.8)	60 (46.5)	28 (47.5)	0.90
Diagnosis, n (%)				
Medical	86 (45.7)	60 (46.5)	26 (44.1)	
Neurologic	39 (20.7)	25 (19.4)	14 (23.7)	0.93
Trauma	50 (26.6)	35 (27.1)	15 (25.4)	
Surgical	13 (6.9)	≤ 10	≤ 10	
Completed entire ICU course in the ED, n (%)	56 (29.8)	43 (33.3)	13 (22.0)	0.12

*SD = standard deviation; ICU = intensive care unit; ED = Emergency Department*

## Faisabilité

Le projet s'est déroulé sur un total de 36 jours de semaine, au cours desquels les tournées ont eu lieu 33 jours (92 %). Les tournées ont été annulées un jour en raison d'une pénurie de médecins, et deux fois en raison de la gravité de la situation à l'urgence.

## La participation aux tournées

L'infirmière des urgences des soins primaires du patient a assisté à 87 des 93 cas. La participation a augmenté au fur et à mesure des tournées et, au cours du dernier mois du projet, les infirmières des services d'urgence étaient présentes lors de 100 % des cas. Les raisons les plus courantes pour lesquelles les infirmières étaient absentes étaient les pauses prévues ( $n = 4$ , 66,7 % des absences) et l'acuité de la tâche ( $n = 2$ , 33,3 % des absences).

Un médecin de l'USI était présent dans tous les cas, une infirmière de l'USI dans 49 % des cas ( $n = 46$ ), un membre de la famille dans 49 % des cas ( $n = 46$ ) et un pharmacien dans 31 % des cas ( $n = 29$ ). Il a été demandé aux inhalothérapeutes d'assister aux visites de tous les patients ventilés ( $n = 37$ ) et ils ont assisté aux visites dans 24 % ( $n = 9$ ) de ces cas.

## Résultats des patients

Dans 95 % des cas, la nutrition a été abordée (figure 2). Le délai moyen avant la première alimentation entérale a diminué, passant de 28 heures, comme indiqué lors de l'analyse des besoins, à 17 heures suivant la mise en œuvre des tournées. Trente-neuf patients (41 %) ont fait l'objet d'une nouvelle ordonnance de prophylaxie de la TVP pendant les tournées et 22 patients ont été transférés à une équipe de soins moins intensifs. On a également détecté et corrigé 61 quasi-incidents.

## Changements en matière de la communication

Avant de procéder aux tournées, 32 infirmières des urgences et six médecins des USI ont été interrogés pour connaître leur perception de la qualité de la communication interdisciplinaire en ce qui concerne les patients gravement malades hospitalisés aux urgences. La plupart des médecins des USI (83 %) ont déclaré que le plan de soins était souvent très clair, tandis que la plupart des infirmières (84 %) ont indiqué que le plan de soins n'était pas très clair (figures 3a et 3b). Une fois la mise en œuvre des tournées effectuée, la plupart des infirmières (94 %) ont déclaré que le plan de soins était devenu très ou extrêmement clair. De plus, tous les médecins interrogés ( $n = 5$ ) ont déclaré que le plan de soins était souvent ou toujours clair.

Au total, trois familles ont été sondées en aval de la phase de mise en œuvre. Tous les membres des familles interrogés ont affirmé se sentir impliqués dans la discussion au cours des tournées, et deux familles (67 %) ont indiqué qu'elles comprenaient mieux le plan de soins après les tournées.

## Discussion

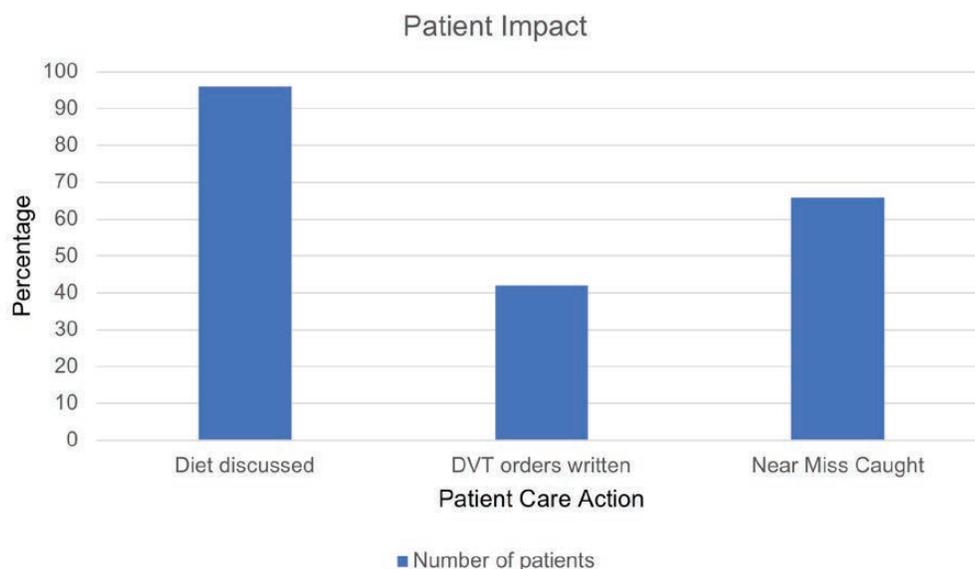
### Résumé et interprétation

Notre initiative d'amélioration de la qualité semble indiquer que les tournées normalisées pour les patients gravement malades aux urgences sont faisables. En plus, le déroulement de ces tournées fut associé à une amélioration de la communication entre les équipes médicales et infirmières. Enfin, nos résultats révèlent que les tournées normalisées offrent la possibilité d'améliorer les soins aux patients gravement malades qui ne se trouvent pas dans l'USI.

Les séries de tournées ont été effectuées avec succès dans 92 % des cas dans le cadre de ce projet. Ce taux de fréquence élevé,

Figure 2

Comparison of pre- and post-implementation nursing perspective on the clarity of plan of care



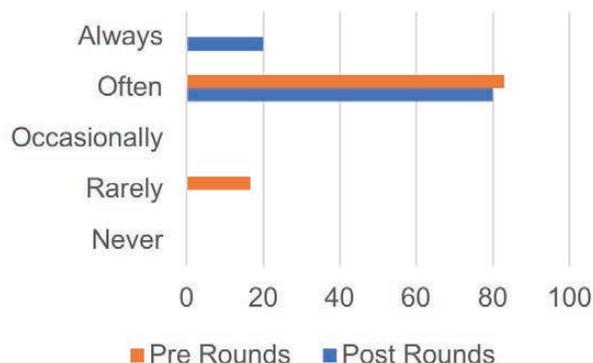
### Nursing Group: How clear is the plan of care for ICU patients held in the ED?



**Figure 3A**

Comparison of pre and post-implementation nursing perspective on the clarity of plan of care

### Physician Group: The plan of care for ICU patient's held in the ED is very clear.



**Figure 3B**

Physician comparison of pre- and post-implementation of communication

malgré les niveaux élevés d'acuité et d'occupation de l'urgence, laisse croire que ce projet pourrait être fructueux dans d'autres établissements. En plus de la campagne d'éducation, l'équipe du projet a déterminé que les facteurs clés pour assurer la tenue des tournées étaient l'engagement quotidien des dirigeants de l'unité des urgences au début des tournées, la participation des dirigeants et du personnel infirmier de l'USI et l'adhésion des médecins de l'USI qui s'est faite par de courtes présentations lors des tournées de qualité au département.

Après la collecte de notre enquête réalisée avant la mise en œuvre, nous avons remarqué un écart entre le niveau de clarté de la communication perçue par les médecins et les infirmières. Cette constatation fait ressortir les difficultés de communication entre les membres de l'équipe de soins (Bambi et coll., 2014). Plus précisément, avant la mise en œuvre des tournées, il semblait que la communication se faisait en vase clos. Les médecins semblaient discuter du plan de soins entre eux, sans inclure les infirmières de l'urgence dans le processus. Après la mise en œuvre des tournées, la précision perçue de la communication s'est améliorée entre les deux groupes. Nous formulons l'hypothèse que cette amélioration de la communication est l'un des principaux facteurs de l'amélioration des soins aux patients démontrée au cours de cette initiative d'amélioration de la qualité. Ce résultat correspond à la littérature antérieure qui démontre que les résultats des patients s'améliorent à mesure que la communication entre le personnel de santé s'améliore (Townsend-Gervis et coll., 2014; Umberfield et coll., 2019).

L'engagement du personnel a été encouragé tout au long de ce projet. Pendant les trois mois précédant le lancement, les équipes infirmières et médicales ont été informées, invitées à donner leur avis et sensibilisées aux changements de processus. Les tournées ont été adaptées aux besoins des équipes des services

d'urgence et des USI en raison de leur charge de travail élevée. Il était également essentiel que les équipes paramédicales (pharmacie, inhalothérapeutes, commis) participent à la planification et à l'exécution des tournées afin de s'assurer que leurs perspectives uniques soient intégrées au projet. Nous croyons qu'en raison de la formation approfondie du personnel, de la communication et des champions du projet, le déroulement a nécessité un minimum de révision après son lancement. Par conséquent, un seul cycle PEÉA a été effectué. La présence du personnel infirmier de l'USI pendant les tournées a également encouragé l'esprit d'équipe et la collaboration entre les deux unités de soins infirmiers. Pour favoriser la réussite de cette collaboration, nous avons demandé l'avis des équipes d'enseignants et de dirigeants cliniques de l'USI, ainsi que du conseil de pratique de l'USI. Tout au long du projet, des ajustements ont été apportés aux tournées pour améliorer le fonctionnement et le processus. Nous avons constaté que le personnel infirmier des services d'urgence craignait que l'heure de début de 10 h ait un impact sur les temps de pause et les soins aux patients; donc, après la première semaine des tournées, une annonce a été faite par téléavertisseur à 9 h 50 pour annoncer les tournées. Celle-ci a permis aux infirmières de planifier leurs pauses, leurs tâches de soins aux patients et leurs tournées.

Contrairement à l'unité de soins intensifs, où chaque patient est examiné et soigné par la même équipe, et où le ratio infirmière-patients est plus faible, aux urgences, les patients de tous les services d'admission attendent un lit d'hospitalisation. De ce fait, l'identification de l'équipe de tournée de l'USI a posé un défi. Au début, lorsque l'équipe de l'USI est arrivée au chevet du patient, les infirmières de l'urgence n'étaient pas au courant de leur présence. Afin de mieux identifier l'équipe de l'USI, on a donc attribué à l'équipe de tournée de l'USI des cordons uniques et un ordinateur sur roulettes.

## Limites et recherches ultérieures

Les stratégies de projet adoptées et l'impact de notre projet doivent être interprétés dans le contexte de limitations précises. Ce projet a été réalisé dans un centre de soins tertiaires multispecialités avec un grand nombre de patients à haute gravité. Il est donc possible que nos résultats ne se reflètent pas dans d'autres établissements où le nombre d'admissions en soins intensifs est plus faible. Les recherches à venir devraient porter sur des établissements plus petits, en procédant à une analyse de l'environnement avant la mise en œuvre. L'absence d'une analyse des coûts est une autre limite de notre projet. Cependant, ce projet laisse supposer qu'au pire, cette initiative n'a pas eu d'incidence sur les coûts, car aucune ressource, aucun matériel ou équipement supplémentaire n'a été utilisé et aucun personnel n'a été ajouté. À l'avenir, les projets devraient envisager l'analyse des coûts des tournées de l'USI aux urgences. La rétroaction des familles a également été minime. Des données antérieures révèlent que la participation des familles aux tournées est bénéfique pour les patients et le personnel médical et améliore la communication entre le personnel et les familles (Des Ordon et coll., 2020 ; Kang et coll., 2020). Il est vraisemblable que les résultats soient différents dans notre projet. De plus, dû au faible nombre d'employés, nos tournées n'ont pas inclus de diététiciens, de physiothérapeutes, de travailleurs sociaux ou d'ergothérapeutes. Il serait bon d'inclure ces disciplines dans les structures de tournée futures. Pour finir, il serait bon d'envisager une recherche future visant à analyser l'impact des tournées des services d'USI aux urgences sur la morbidité et la mortalité des patients, car cet aspect n'a pas été examiné dans le cadre de ce projet.

## Conclusion

Cette initiative d'amélioration de la qualité a démontré que les tournées interdisciplinaires au chevet des patients de l'USI sont faisables, qu'elles améliorent la communication entre les membres du personnel et qu'elles enrichissent l'expérience du patient et de sa famille. La tournée des patients de l'USI aux urgences peut être considérée comme une approche sûre pour améliorer les soins aux patients de l'USI admis aux urgences sans augmenter la charge de travail du personnel de première ligne. À l'avenir, les projets devraient se concentrer sur le rapport coût-efficacité des tournées normalisées pour les patients gravement malades en dehors de l'USI, ainsi que sur la définition de l'impact de ces tournées sur les résultats de santé axés sur le patient.

## Incidences sur la pratique clinique des urgences

- L'hébergement aux urgences des patients gravement malades est une préoccupation croissante dans le monde entier
- Les patients de l'USI hospitalisés aux urgences peuvent ne pas être inclus dans les visites quotidiennes de l'USI
- Les tournées interdisciplinaires au chevet des patients hospitalisés en soins intensifs sont réalisables aux urgences
- Ces tournées améliorent la communication entre le personnel interdisciplinaire et améliorent ainsi les soins aux patients.

## Notes des auteurs

*Kalina Repin : Kalina est une infirmière-praticienne en médecine familiale qui exerce actuellement au sein de Fraser Health Authority, près de Vancouver en Colombie-Britannique). Elle a obtenu son baccalauréat en sciences infirmières à la University of Victoria en 2014 et a obtenu son diplôme d'études supérieures à la University of British Columbia. Kalina a passé la majorité de sa carrière au service des urgences. Elle est passionnée par la gestion du changement, l'amélioration de la qualité et les soins axés sur le patient.*

*Will Thomas-Boaz: Will Thomas-Boaz est gestionnaire des soins aux patients au Sunnybrook Health Sciences Centre. Il a obtenu un baccalauréat en sciences infirmières de McMaster University en 2005 et a également obtenu une maîtrise en sciences infirmières axée sur l'enseignement de Athabasca University. Will a consacré la majeure partie de sa carrière d'infirmier au service des urgences, où il a été mentor pour les nouveaux employés, infirmier de triage et infirmier en chef avant de prendre le rôle d'éducateur clinique, puis d'infirmier de pratique avancée. Will possède un intérêt pour l'amélioration de la qualité, la pratique professionnelle et l'éducation.*

*Le Dr Bourke Tillmann : Le Dr Bourke Tillmann est un associé clinique du département de médecine des soins intensifs et un chef d'équipe de traumatologie au Sunnybrook Health Sciences Centre. En 2010, il a obtenu son diplôme de médecine à la University of Western Ontario et s'est ensuite spécialisé en médecine d'urgence et en soins intensifs pour adultes. Il entreprend actuellement des études de doctorat en épidémiologie clinique et en recherche sur les soins de santé à l'Institute of Health Policy, Management, and Evaluation de University of Toronto. Le Dr Tillmann s'intéresse aux services de santé et cherche à améliorer l'équité dans l'accès aux services de soins intensifs et de traumatologie.*

## Remerciements

*Les personnes suivantes ont apporté leur appui et leur encadrement tout au long du projet :*

- Les gens chez Sunnybrook Health Sciences Centre dans le programme de bourses de recherche et d'innovation fondées sur la pratique.
- Le réseau et la faculté de Toronto Academic Health Sciences.

*Les équipes de direction et le personnel du service des urgences et des unités de soins intensifs du Sunnybrook Health Sciences Centre*

## Conflits d'intérêts

**Déclarations de conflits d'intérêts :** aucune

**Conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

**Soutien financier :** Cette recherche n'a bénéficié d'aucune subvention particulière de la part d'organismes de financement des secteurs publics, commercial ou à but non lucratif.

## Déclaration de l'auteur (CRediT)

Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, le Dr Bourke Tillmann, Barb Duncan, Grace Walter: Conceptualisation, méthodologie. Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, le Dr Bourke Tillmann: Conservation des données. Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, le Dr Bourke Tillmann: Rédaction - Préparation de la première ébauche. Kalina

Repin, Will Thomas-Boaz, le Dr Bourke Tillmann: Visualisation, enquête. Kalina Repin: Surveillance. Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, le Dr Bourke Tillmann, Barb Duncan, Grace Walter: Approbation. Le Dr Bourke Tillmann: Logiciel. Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, le Dr Bourke Tillmann: Rédaction - Révision et édition.

## RÉFÉRENCES

- ACEP. (2018). *Definition of boarded patient*. <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/definition-of-boarded-patient/>
- Bambi, S., Becattini, G., Giusti, G. D., Mezzetti, A., Guazzini, A., & Lumini, E. (2014). Lateral hostilities among nurses employed in intensive care units, emergency departments, operating rooms, and emergency medical services: A national survey in Italy. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(6), 347–354. <https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000077>
- Content Search | CIHI. (n.d.). <https://www.cihi.ca/en/search?query=Canadian+Emergency+Department+visits+and+length+of+stay&Search+Submit=>
- Critical Care Ontario. (2020). *What is Critical Care? Critical Care Services Ontario*. <https://www.criticalcareontario.ca/EN/AboutUs/Pages/What-is-Critical-Care.aspx>
- Des Ordons, A. L. R., Au, S., Blades, K., & Stelfox, H. T. (2020). Family participation in ICU rounds—Working toward improvement. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1620–1628. <https://doi.org/10.1111/jep.13345>
- Holodinsky, J. K., Hebert, M. A., Zygun, D. A., Rigal, R., Berthelot, S., Cook, D. J., & Stelfox, H. T. (2015). A survey of rounding practices in Canadian adult intensive care units. *PLoS One; San Francisco*, 10(12). <http://dx.doi.org.ezproxy.library.ubc.ca/10.1371/journal.pone.0145408>
- Jain, M., Miller, L., Belt, D., King, D., & Berwick, D. M. (2006). Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *BMJ Quality & Safety*, 15(4), 235–239. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016576>
- Kang, J., Cho, Y.-J., & Choi, S. (2020). Family caregivers' experiences with family-centered multidisciplinary rounds in the ICU. *Critical Care Medicine*, 48(1), 385. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000631380.75559.66>
- Leis, J. A., & Shojania, K. G. (2017). A primer on PDSA: Executing plan–do–study–act cycles in practice, not just in name. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 572–577. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006245>
- Longo, J. (2010). Combating disruptive behaviors: Strategies to promote a healthy work environment. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol15No01Man05>
- Mohr, N. M., Wessman, B. T., Bassin, B., Elie-Turenne, M.-C., Ellender, T., Emlet, L. L., Ginsberg, Z., Gunnerson, K., Jones, K. M., Kram, B., Marcolini, E., & Rudy, S. (2020). Boarding of critically ill patients in the emergency department. *Critical Care Medicine*, 48(8), 1180–1187. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004385>
- McNeil, C., Muck, A., McHugh, P., Bebar, V., & Adams, B. (2015). Bedside rounds versus board rounds in an emergency department. *The Clinical Teacher*, 12(2), 94–98. <https://doi.org/10.1111/tct.12271>
- Platis, Ch., Reklitis, P., & Zimeras, S. (2015). Relation between job satisfaction and job performance in healthcare services. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 175, 480–487. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1226>
- Santos, F. R. Q., Machado, M. de N., & Lobo, S. M. A. (2020). Adverse outcomes of delayed intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(1), 92–98. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200014>
- Stratton, S. (2018). Likert data. *Prehospital and Disaster Medicine*, 33(2), 117–118. <https://doi.org/doi:10.1017/S1049023X18000237>
- SurveyMonkey. (2020). *Likert Scale: What it is & how to use it*. SurveyMonkey. <https://www.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>
- Townsend-Gervis, M., Cornell, P., & Vardaman, J. M. (2014). Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), 917–928. <https://doi.org/10.1177/0193945914527521>
- Umberfield, E., Ghaferi, A. A., Krein, S. L., & Manojlovich, M. (2019). Using incident reports to assess communication failures and patient outcomes. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(6), 406–413. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.02.006>

Look for supplemental materials such as author interviews and podcasts at [www.CJEN.ca](http://www.CJEN.ca)

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN) is the Official Journal of the National Emergency Nurses Association (NENA) of Canada. This article has been made available at no cost in partnership with NENA and the University of Alberta Libraries.