

La mobilisation à l'hôpital, bien plus qu'un exercice pour les malades !

Christophe LUTHY, Christine CEDRASCHI, Patricia GERSTEL-FRANCIS, Soraya HAMACHE, Jean De BURETEL, Catherine DUCHARNE, Marinette CHIKHI, Eliana HANNA, Marianne RUBIO, Suzy SOUMAILLE, Jérôme DIVORNE, Anne-Françoise ALLAZ DMIRG, DSM, NEUCLI, DirCom



Osez Contexte et objectifs

Osez BOUGER!

- La mobilisation des malades est une intervention efficace et sûre permettant de limiter le déconditionnement physique ainsi que la morbidité liée à l'alitement: *Top 5 List* de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (<http://www.smartermedicine.ch>).
- Les objectifs de notre projet étaient de mettre en place et d'évaluer un programme multimodal visant à améliorer les connaissances et la dynamique d'équipe interdisciplinaire en matière de mobilisation des malades hospitalisés.

Osez Méthodes

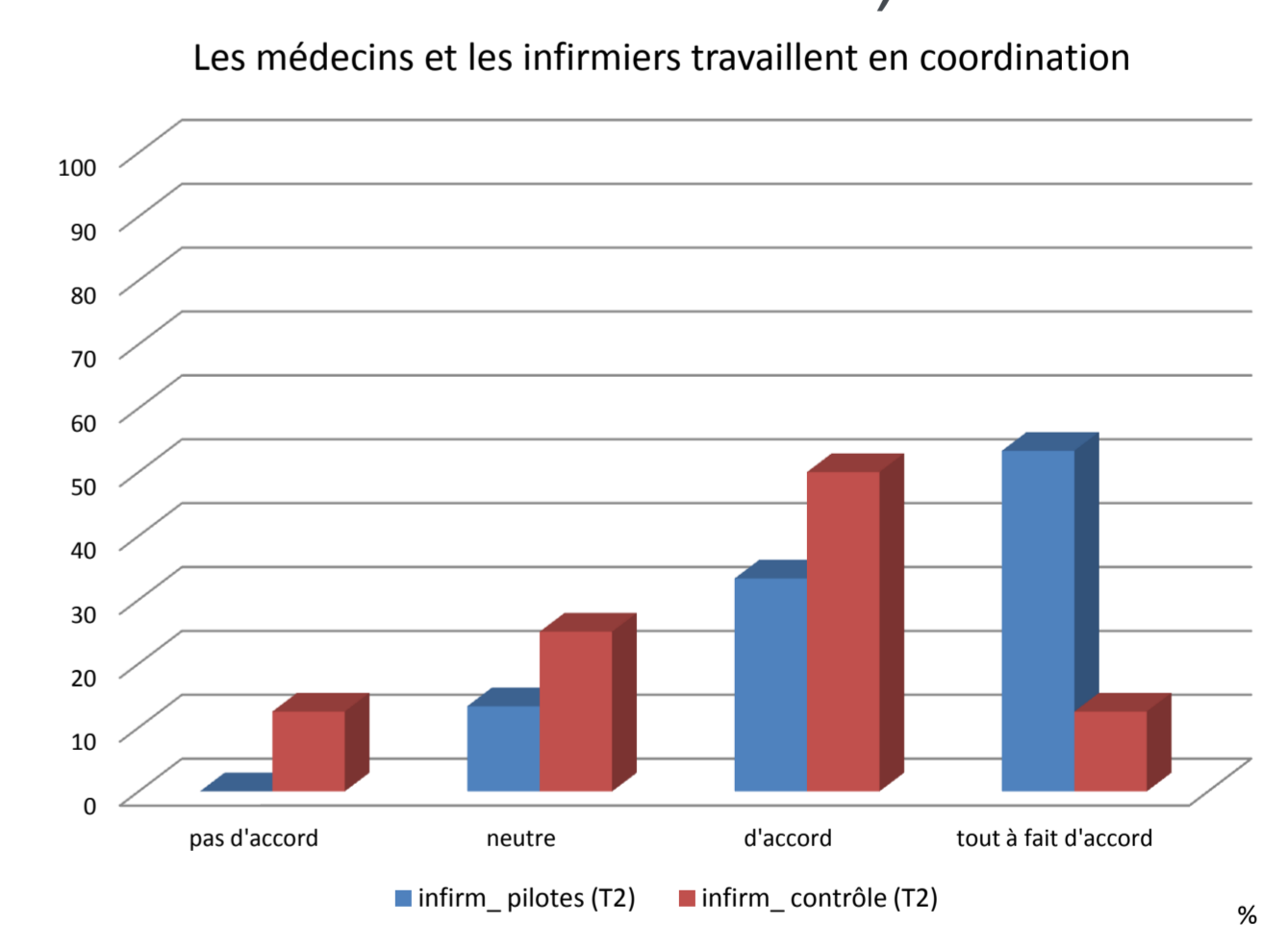
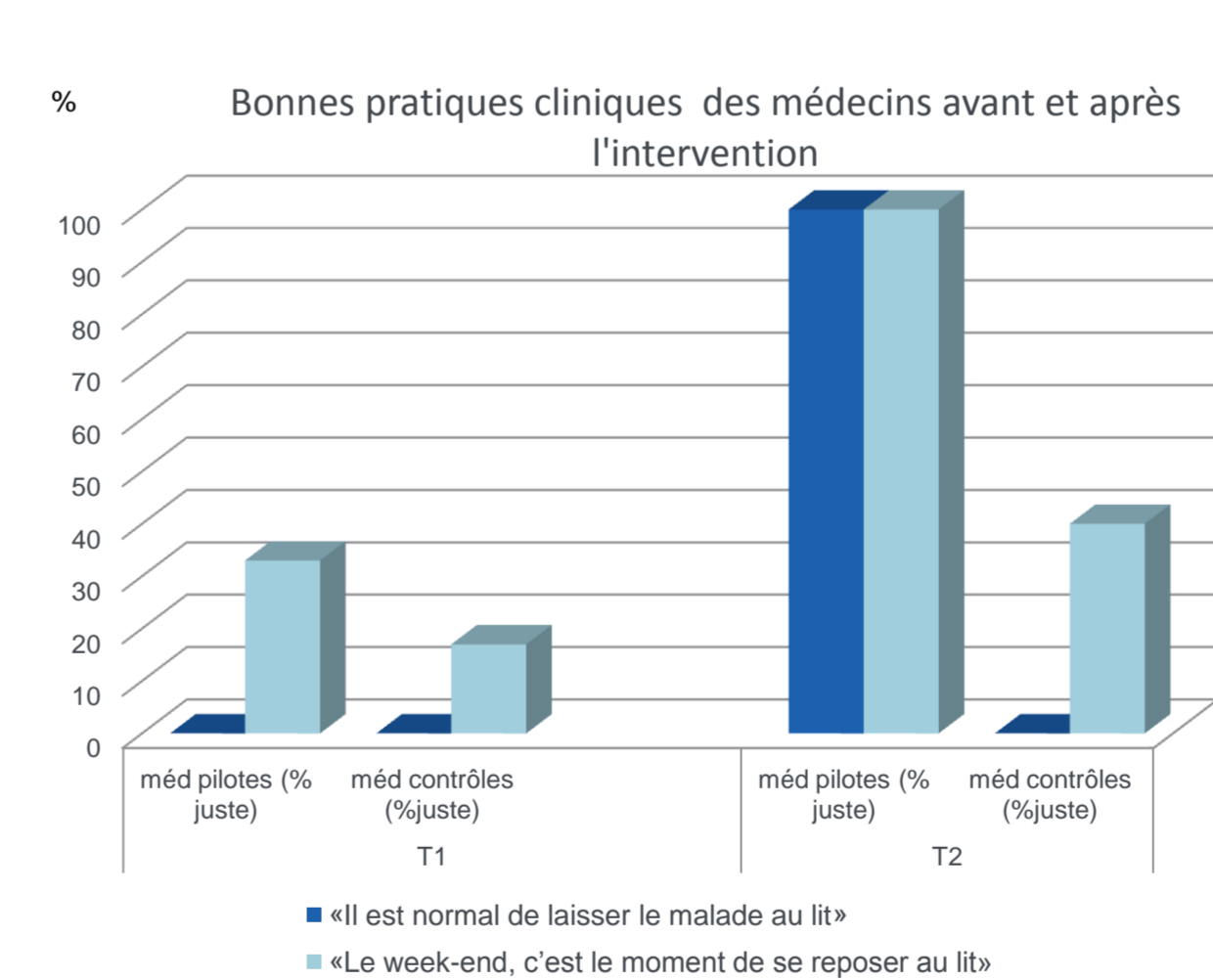
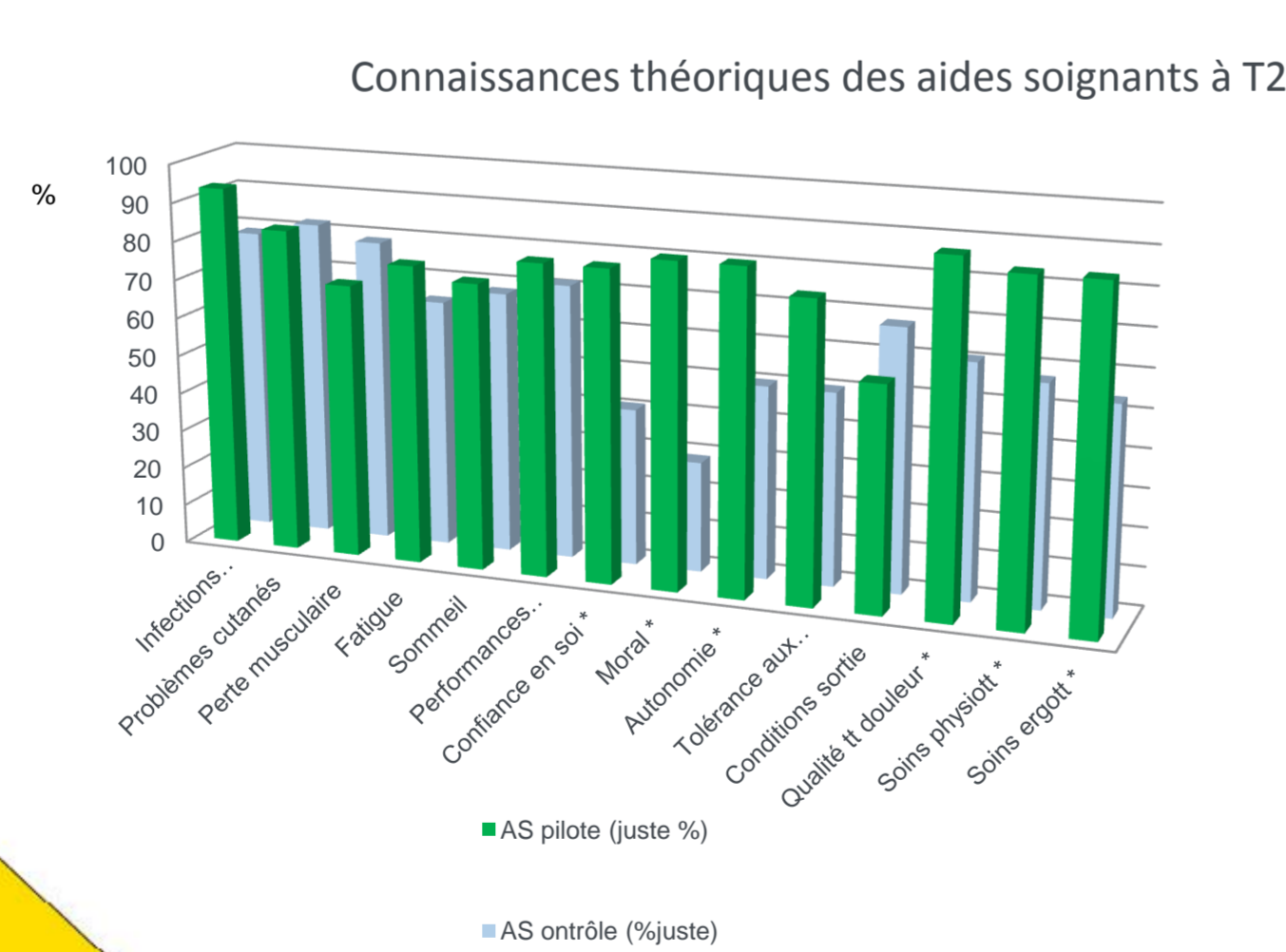
- Une formation interprofessionnelle (15 minutes) a été développée (apports théoriques, sensibilisation aux bonnes pratiques cliniques). De plus, une brochure d'information généraliste spécialement rédigée afin de présenter l'importance de la mobilisation des malades à l'hôpital. Un questionnaire auto-administré a été développé pour les professionnels. Ce questionnaire explorait trois axes : **1)** les connaissances de base dans 14 domaines d'efficacité reconnue de la mobilisation; **2)** des questions relatives à la perception des bonnes pratiques cliniques; **3)** le *Safety Attitude Questionnaire* (dimension du *teamwork*).
- L'ensemble des aides-soignants, des infirmiers et des médecins du SMIR-BS a été impliqué. Une récolte de données a été effectuée à **T1** (juin 2016) avant toute intervention. Dans les 14 jours suivants, les professionnels des 4 unités pilotes (2^{ème} étage du SMIR-BS) ont reçu la formation standardisée. Au même moment, un affichage a été mis en place sur le secteur (chambres, couloirs et loggias) et les brochures d'information ont été distribuées systématiquement afin de soutenir les actions du personnel. Les professionnels des unités contrôles (3^{ème} étage du SMIR-BS) n'ont pas fait l'objet de formation et aucun affichage n'a été mis en place. A 12 mois du début du programme (**T2**= juin 2017), l'ensemble des professionnels a complété à nouveau le même questionnaire auto-administré.
- L'analyse des différences statistiques a été réalisée au moyen de tests du chi2 (signification statistique fixée à <0.05).

Osez Résultats principaux

- Au total, 232 professionnels ont complété le questionnaire à **T1** et à **T2** (participation=96%, Table 1).
- A **T1**, il existe un gradient des connaissances sur la mobilisation en défaveur des aides soignants. A contrario, le gradient s'inverse s'agissant de la perception des aides soignants qui sont bien plus sensibilisés que les infirmiers et que les médecins aux bonnes pratiques cliniques consistant à faire sortir les malades de leurs lits en cours de séjour et à ne pas les laisser se reposer au lit durant le week-end.
- A **T2**, les différentes actions menées dans les unités pilotes entraînent des impacts sensiblement différents selon des classes professionnelles. Ainsi: **1)** les connaissances théoriques s'améliorent fortement chez les aides soignants (Figure 1) mais ne progressent que faiblement chez les infirmiers en raison d'un effet plafond également mis en évidence auprès des médecins ; **2)** l'évaluation de la perception des bonnes pratiques cliniques (Figure 2) met en évidence que les infirmiers et les médecins modifient de façon radicale leurs perceptions de l'importance à faire sortir les malades de leurs lits durant l'hospitalisation et à ne pas les laisser se reposer au lit durant le week-end (>90% de réponses justes contre 45% et 0% respectivement de réponses justes pour les infirmiers et les médecins avant l'intervention) ; finalement, **3)** la qualité du climat d'équipe s'améliore dans les unités pilotes du programme selon les infirmiers (Figure 3) alors que les médecins se démarquent des autres professionnels par une surévaluation importante de leurs aptitudes (acceptation de la contribution infirmière, résolution des conflits notamment).

	Unités pilotes		Unités contrôles	
	T1	T2	T1	T2
Collectif:	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
	67(100)	67(100)	48(100)	50(100)
Genre:				
Hommes	21(31)	22(33)	13(27)	15(30.0)
Femmes	46(69)	56(67)	35(73)	35(70.0)
Profession:				
Infirmiers	30	30	15	16
Aides soignants	31	31	27	28
Médecins	6	6	6	6
Temps travaillé HUG:				
<1 an	14	12	8	8
1-3 ans	28	30	16	17
3-5 ans	16	15	14	14
>5 ans	17	10	10	11

Table 1: caractéristiques des répondants à T1 (avant) et à T2 (après intervention)



Osez Discussion & perspectives

- La temporalité et la magnitude des effets obtenus renforcent l'hypothèse de liens de causalité entre ces éléments: le programme améliore les connaissances, les bonnes pratiques ainsi que le *teamwork*. La cohérence et la plausibilité de nos résultats sont renforcées par les liens connus entre des développements interdisciplinaires et la qualité des soins (Pannick S et al. JAMA Intern Med. 2015;175:1288-98).
- L'étude réalisée démontre que de modestes changements – sans modification des ressources en personnel - peuvent aboutir à des effets significatifs qui augmentent potentiellement l'efficacité et la sécurité des soins.
- Les bénéfices incrémentaux de notre programme multimodal ne sont pas les mêmes pour les différentes classes professionnelles et de profondes remises en cause doivent être effectuées afin d'améliorer la dynamique d'équipe (1+1=3 !).
- La mesure objective des gains éventuels sur la mobilisation des malades hospitalisés (accéléromètres) constitue un complément à nos recherches et à leurs applications pratiques.