

Recherche infirmière et paramédicale

Partage d'expériences

3^{ème}
JOURNÉE

Vendredi **28 novembre** 2014

Auditorium de l'ICM **Pitié-Salpêtrière**

ABSTRACTS

COMITÉ D'ORGANISATION

François Bassompierre - Christophe Debout - Geneviève Ladegaillerie - Marie-Agnès Lefèvre -
Chantal Legrand - Sarah Le Joly - Martine Massiani - Caroline Pichon - Monique Rothan-Tondeur -
Corinne Sliwka - Coralie Villeret - Françoise Zantman

8h00 Accueil café

8h30 Introduction

Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP

Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Françoise ZANTMAN, directrice de la Direction des soins et des activités paramédicales de l'AP-HP

Modérateurs de la matinée

Monique ROTHAN-TONDEUR, PhD, cadre supérieur paramédical titulaire de la chaire recherche infirmière, professeure associée à l'université de Montréal,

Martine MASSIANI, directrice-adjointe, Direction des soins et des activités paramédicales de l'AP-HP

9h00 Le point de vue de l'université sur le développement de la recherche infirmière et paramédicale

Pr Benoît SCHLEMMER, Saint-Louis, doyen de la faculté de médecine Université Paris-Diderot

9h10 Recherche sur les services de santé : quelles leçons tirer des appels à projets ?

Dr Pierre DURIEUX, HEGP – MCU-PH, maître de conférences, président du Jury Programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS) Université Paris Descartes

9h30 État d'avancement des PHRIP à l'AP-HP : comment optimiser le déroulement des projets au regard de l'expérience ?

Pr Jean-François DHAINAUT, président du Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation d'Île-de-France (GIRCI)

Christophe MISSE, directeur du Département de la Recherche Clinique et du Développement (DRCD)

9h50 Le transfert de connaissances en recherche infirmière

Hélène LEFEBVRE, PhD, infirmière, professeure titulaire, vice-doyenne de la Faculté des Sciences infirmières Université de Montréal

10h10 Échanges

10h30 Pause

11h00 Questions futures en santé publique

Chantal EYMARD, maître de conférences HDR, directeur adjoint UMFCSS, Aix-Marseille-Université, présidente du comité de sélection PHRIP

Pr Pierre LOMBRAIL, MD, PhD, Département de santé publique, Université Paris 13, président de la sous-section 46.01 du CNU, président du conseil d'administration de la Société Française de Santé Publique

11h30 Les innovations des soignants, une chance pour le CHU ! Breveter et valoriser l'innovation

Dr Florence GHRENASSIA, directrice de l'Office de Transfert de Technologies et des Partenariats Industriels (OTTP), AP-HP

11h50 La recherche, rôle des infirmières et des paramédicaux : comment renforcer les partenariats avec les industriels ?

Christophe ROUSSEL, directeur des affaires médicales et économiques, 3M France

12h10 Analyse de la littérature par les doctorants AP-HP

Sébastien KEREVER, IDE doctorant Hôpital Lariboisière GH Saint-Louis, Lariboisière, Fernand Widal (subvention doctorale AP-HP 2012)

12h30 Échanges

12h45 Déjeuner libre

Modérateurs de l'après-midi

Geneviève LADEGAILLERIE, infirmière, cadre supérieur paramédical DSAP de l'AP-HP

Christophe DEBOUT, infirmier, PhD directeur du département des sciences infirmières et paramédicales EHESP

14h15 Organisation et coordination de la recherche paramédicale au CHU d'Angers

Marie-Claude LEFORT, coordonnatrice générale des Soins, CHU Angers

Laurent POIROUX, cadre supérieur recherche en soins, CHU Angers

14h35 Rôle du directeur d'hôpital et du directeur des soins dans le développement de la recherche paramédicale

Dominique DE WILDE, directeur GH Paris-Seine-Saint-Denis

Caroline PICHON, coordonnatrice générale des soins Hôpital Saint-Antoine, GHUEP

14h55 Le modèle du Joanna Briggs Institute (JBI) : la recherche translationnelle au service des résultats de santé

Jacqueline WOSINSKI, infirmière, DrPH Haute Ecole de Santé et Institut La Source et Best Swiss JBI center

15h15 Échanges

15h30 Pause

15h45 De la “banalité du mal” à la prudence dans les soins IDE - Étude qualitative de la contention lors des soins en pédiatrie - Etude RESPECT (Réflexion Ethique Soignante PrÉvention ConTention)

Bénédicte LOMBART, cadre de santé, doctorante Hôpital Trousseau, GHUEP (Subvention AP-HP 2012)

16h05 Influence de l’autohypnose sur l’impulsivité alimentaire

Fabienne DELESTRE, diététicienne, Hôpital Pitié-Salpêtrière - GH Pitié Salpêtrière – Charles Foix (Co-responsable scientifique PHRIP 2013 HYPNODIET)

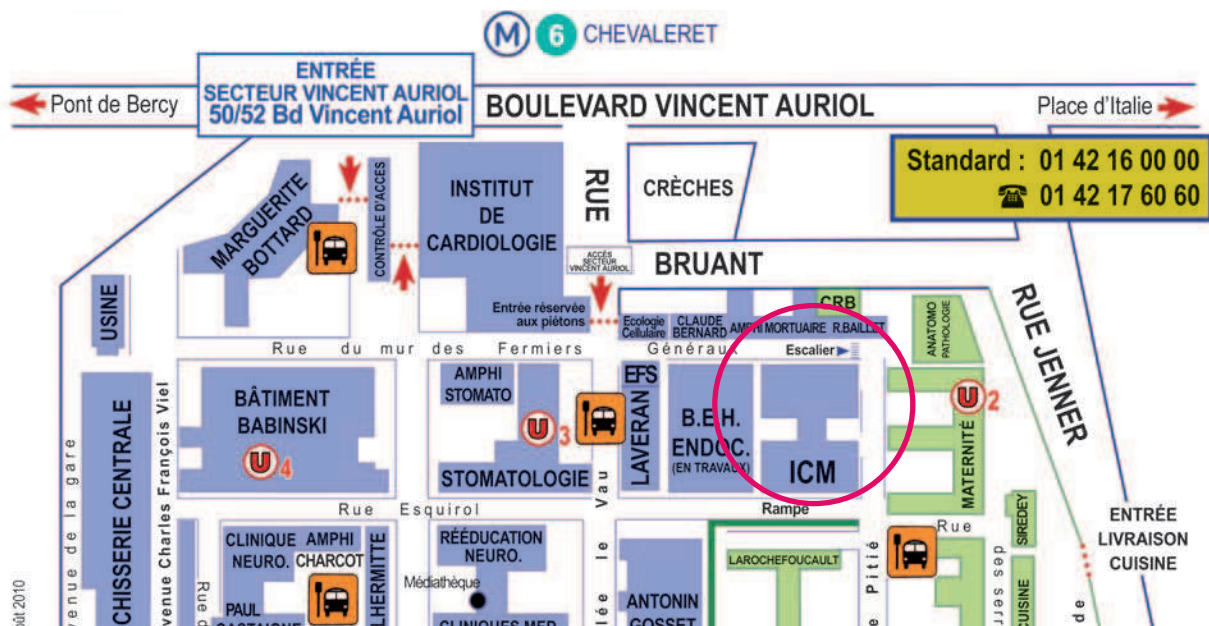
16h25 Pertinence et charge en soins infirmiers en fin de vie : “Que pourrait-on faire de moins ? Que devrait-on faire de plus ?”

Laurence FONTAINE, IDE, service EMASP Hôpital Louis-Mourier, GHUPNVS (PHRIP 2010)

16h45 Échanges

17h00 Conclusion

Françoise ZANTMAN



Vendredi **28 novembre** 2014
Auditorium de l'ICM **Pitié-Salpêtrière**

Code stage **081452767** - Code session **5276700001**

Contact DSAP : **Agnès Vilain 01 40 27 34 85** - agnes.vilain@sap.aphp.fr

Avec le soutien de la



Avant-propos

La DSAP organise depuis 2011 la journée de l'AP-HP sur la recherche infirmière et paramédicale.

Cette journée s'inscrit dans la triple mission des CHU : soins – enseignement – recherche.

L'objectif est d'**inciter les professionnels paramédicaux à investir le domaine de la recherche pour améliorer la prise en charge des patients et de leurs proches.**

C'est une journée d'information et d'échanges autour de la recherche infirmière et paramédicale à l'AP-HP.

Cette journée laisse une place importante aux projets PHRIP financés par la DGOS. Tous les ans, depuis 4 ans, l'AP-HP a entre 4 et 5 projets retenus sur 20 financés par le Ministère au niveau national.

C'est un parcours difficile, mais nos équipes sont motivées et beaucoup d'entre elles concourent chaque année et réussissent.

Cette journée d'information et de partage d'expériences doit **mobiliser d'autres équipes à s'investir dans ce domaine du soin.**

La DSAP

Sommaire

	Page
Introduction	6
Le point de vue de l'université sur le développement de la recherche infirmière et paramédicale	7
Recherche sur les services de santé : quelles leçons tirer des appels à projets ?	8
État d'avancement des PHRIP à l'AP-HP : comment optimiser le déroulement des projets au regard de l'expérience ?	9
Le transfert de connaissances en recherche infirmière	11
Questions futures en santé publique	13
Les innovations des soignants, une chance pour le CHU ! Breveter et valoriser l'innovation .	15
La recherche, rôle des infirmières et des paramédicaux : comment renforcer les partenariats avec les industriels ?	16
Analyse de la littérature par les doctorants AP-HP	17
Organisation et coordination de la recherche paramédicale au CHU d'Angers	18
Rôle du directeur d'hôpital et du directeur des soins dans le développement de la recherche paramédicale	19
Le modèle du Joanna Briggs Institute (JBI) : la recherche translationnelle au service des résultats de santé	20
De la "banalité du mal" à la prudence dans les soins IDE - Étude qualitative de la contention lors des soins en pédiatrie - Étude RESPECT (Réflexion éthique soignante prévention contention)	21
Influence de l'autohypnose sur l'impulsivité alimentaire	22
Pertinence et charge en soins infirmiers en fin de vie : "Que pourrait-on faire de moins ? Que devrait-on faire de plus ?"	23
Conclusion de la Journée	25
Notes	26

OUVERTURE DE LA JOURNÉE

Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP

Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Françoise ZANTMAN, CGS, directrice de la DSAP de l'AP-HP

LE POINT DE VUE DE L'UNIVERSITÉ SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE INFIRMIÈRE ET PARAMÉDICALE

Pr Benoît SCHLEMMER, Saint-Louis, doyen de la faculté de médecine Université Paris-Diderot

RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ : QUELLES LEÇONS TIRER DES APPELS À PROJETS (PREQHOS - PREPS) ?

Dr Pierre DURIEUX, HEGP – MCU-PH, maître de conférences, président du Jury Programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS) Université Paris Descartes

Il est difficile d'assurer à l'ensemble de la population des soins de qualité à un coût abordable. Au niveau local, régional et national, des décisions sont prises en termes d'organisation des soins mais ces décisions sont-elles suffisamment bien informées ? La recherche sur les services de santé (health services research) répond à ces questions. Elle est définie comme "un champ multidisciplinaire de l'investigation scientifique qui étudie comment les facteurs sociaux, les systèmes de financement, l'organisation des soins, les procédures et technologies médicales et les comportements affectent l'accès aux soins, la qualité et le coût des soins, en définitive la santé et le bien être de la population"¹. La recherche sur les services de santé concerne donc à la fois les individus, les familles, les organisations, les institutions, la population. Son origine est généralement attribuée à Florence Nightingale, au 19^{ème} siècle au Royaume Uni, lorsqu'elle collectait et analysait des données en vue d'améliorer l'organisation des soins².

En France, où la réflexion sur l'organisation des soins est importante, des travaux de recherche ont été impulsés dès les années 1990 (ANAES, HAS, CNAMTS...) puis renforcés par le ministère des affaires sociales et de la santé avec l'appel à projets de recherche en qualité hospitalière (PREQHOS, 2007-2011) remplacé en 2012 par l'appel à projets de recherche sur la performance du système de soins (PREPS). Le PREPS soutient des recherches relatives à l'organisation de l'offre de soins, afin, de développer de nouvelles formes de prise en charge des patients, d'améliorer la performance des offreurs de soins, d'améliorer la qualité des pratiques et d'optimiser les parcours de soins, en particulier entre ville et établissements sanitaires. Au total, 54 projets ont été financés en 5 ans par le PREQHOS, et 47 en deux ans par le PREPS. Le PREPS, intégré à l'ensemble des appels à projets organisés par la DGOS, représente un saut en terme de montant de financement (12 millions d'euros en deux ans) et donc de capacité à afficher clairement des priorités. S'il est trop tôt pour faire le bilan de ces appels à projets, un certain nombre de recommandations pour le futur peuvent être proposées, que l'on retrouve dans une série d'articles publiée récemment par la revue the Lancet³ : Transparence dans la sélection des priorités ; responsabilité des organismes de financement dans la réduction des recherches inutiles ; formation des chercheurs à la recherche et présence indispensable de méthodologistes et statisticiens dans les projets ; accès aux protocoles, rapports complets, données brutes et résultats accessibles à tous.

Deux derniers points sont des enjeux important affichés par le PREPS : - Développer la multidisciplinarité indispensable à une recherche de qualité et donc attirer les chercheurs de disciplines insuffisamment impliquées (sciences sociales, gestion, anthropologie...); - Favoriser le décloisonnement entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier et ainsi ouvrir le champ de PREPS à des offreurs de soins en ville (médecins libéraux, maisons de santé...).

1. Lohr KN, Steinwachs DM. Health services research: an evolving definition of the field. Health Serv Res 2002;37:7-9
 2. Hughes RG (ed.). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2008
 3. Research: increasing value, reducing waste (Lancet 2014;383:155-...)

ETAT D'AVANCEMENT DES PHRIP À L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS

Pr Jean-François DHAINAUT, Président du Groupement Inter-régional de la Recherche Clinique et de l'Innovation (GIRCI) d'Ile-de-France et **Coralie VILLERET**, Chef de projet, Département de la Recherche Clinique et du Développement, AP-HP

Les infirmières et infirmiers, ainsi que les autres auxiliaires paramédicaux, ont toute légitimité pour conduire une activité de recherche clinique et d'innovation, compte tenu de leur position auprès des malades, de leur rôle déterminant dans la prescription et le suivi des thérapeutiques et dans la mise en œuvre et le management des dispositifs médicaux. Plus encore, à l'hôpital, la recherche clinique et l'innovation fait partie intégrante des missions des paramédicaux. En France, cette reconnaissance a été tardive dans le décret relatif à la profession d'infirmière en 2004. Ce n'est que cinq ans plus tard qu'apparaît le premier programme hospitalier de recherche infirmier et paramédical (PHRIP) lors de la 16ème édition du Programme Hospitalier de Recherche Clinique ! Pourtant il existe plus de 100 revues de nursing science indexées dans Medline, ce qui montre bien le chemin parcouru en terme de reconnaissance.

Certaines interrogations existent encore, en particulier du fait de la mobilité souvent importante des infirmières/infirmiers et leur charge de travail de soins, souvent écrasante, qui pourrait gêner la mise en œuvre des projets. À titre d'exemple, 21 projets, issus de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), ont été financés par le PHRIP. Le niveau d'instruction et d'inclusion des patients (tableau 1) est superposable à celui des autres PHRC de cette institution, démontrant que leur mise en œuvre n'est pas apparemment altérée ni par la mobilité des personnels, ni par leur charge de travail de soins.

Année du PHRIP	Projets acceptés	Projets terminés (100% des inclus prévus)	Inclusions ≥ 70%	Inclusions ≥ 40 %	Inclusions ≥ 20%	Projets en instruction
2010	5	3		1		1
2011	5		1	1	2	1
2012	4		1	2		1
2013	6			1	1	4

Tableau 1. Niveau d'instruction et de mise en œuvre des PHRIP de l'AP-HP

Du fait de leur contact permanent et privilégié auprès des malades et de leurs familles, les infirmiers, infirmières et paramédicaux ont un rôle primordial à jouer en recherche clinique, en améliorant la qualité des soins par la mise en œuvre de leurs projets. Un autre rôle, tout aussi important, est de participer à assurer l'information, la sécurité et le confort du patient au cours des essais cliniques, et de maintenir les valeurs humaines de respect des personnes et de générosité au sein de l'équipe de recherche clinique.

LE TRANSFERT DE CONNAISSANCES EN RECHERCHE INFIRMIÈRE

Hélène LEFEBVRE, Ph.D., Faculté sciences infirmières, Université de Montréal

Le transfert des connaissances issues de la recherche infirmière dans les pratiques cliniques est vu comme l'un des moyens pour améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients. Certains auteurs soulignent que l'implantation des nouvelles connaissances peut avoir des bénéfices majeurs sur la santé des patients. D'autres attribuent les piètres résultats chez les patients de l'utilisation des guides de pratiques cliniques non pas aux pratiques véhiculées dans ces guides mais aux approches utilisées pour implanter et diffuser les guides de pratique clinique. Selon l'OMS, de 30 à 50% des patients reçoivent des interventions dont l'efficacité n'est pas justifiée par les évidences scientifiques. L'implantation des nouvelles connaissances à la pratique clinique des infirmières et des professionnels demeure donc un enjeu important des systèmes de santé. Pour faciliter l'introduction de nouvelles pratiques fondées sur les évidences scientifiques, le consensus actuel est à l'effet que les stratégies de transfert de connaissances doivent être variées et surtout intégrées.

Ces stratégies visent soit les pratiques organisationnelles ou les pratiques professionnelles. En termes de pratiques organisationnelles, le développement d'une culture organisationnelle favorable à l'échange des savoirs, un milieu qui alloue du temps aux infirmières pour analyser les données probantes et la création de postes de gestionnaires de connaissances sont des déterminants de succès à l'utilisation des connaissances et aux changements de pratiques cliniques. Certains auteurs mentionnent également qu'il est nécessaire que les conditions gagnantes (libérer du temps de travail, aménager les lieux de travail) soient réunies à tous les paliers de l'organisation pour que soit assuré, de façon satisfaisante, un transfert des connaissances. En termes de pratiques professionnelles, certains proposent que les guides de pratiques et les nouvelles connaissances en santé s'implanteront plus facilement si les professionnels participent à leur développement, si les connaissances produites sont signifiantes pour les professionnels et qu'elles répondent à un besoin ou un problème vécu par ces-derniers, et si les connaissances sont susceptibles d'avoir un impact positif auprès des patients. D'autres auteurs mettent de l'avant les apprentissages et les échanges de savoirs par les interactions entre collègues et professionnels. Les interactions sont ainsi un élément clé à considérer pour l'intégration des résultats de recherches.

Des chercheurs reconnaissent la nécessité d'outiller les professionnels pour assurer le transfert des connaissances à la pratique clinique. Le recours à des champions dans les milieux est reconnu comme une stratégie prometteuse, ces champions pouvant agir à titre de leaders dans les milieux cliniques pour valoriser et faciliter l'utilisation des données probantes dans les pratiques. Le transfert des connaissances correspond à un processus complexe et non linéaire impliquant différents groupes de professionnels et doit être valorisé par les gestionnaires, ceux-ci devant fournir les outils et l'encadrement nécessaires, mettre à la disposition des promoteurs du changement, les infrastructures et les ressources appropriées. Le transfert des connaissances dans les pratiques cliniques repose donc sur certaines caractéristiques organisationnelles qui favorisent l'accès aux données de la recherche, privilégie l'émergence d'interactions entre les professionnels et favorise les échanges et les

QUESTIONS FUTURES EN SANTÉ PUBLIQUE

Chantal EYMARD, maître de conférences HDR, directeur adjoint UMFCSS, Aix-Marseille-Université,
présidente du comité de sélection PHRIP

QUESTIONS FUTURES EN SANTÉ PUBLIQUE

Pr Pierre LOMBRIL, MD, PhD, Département de santé publique, Université Paris 13, président de la sous-section 46.01 du CNU, président du conseil d'administration de la Société Française de Santé Publique

D'ores et déjà, la double transition démographique et épidémiologique transforme durablement les besoins de santé et nos modes de formation et de recherche peinent à s'adapter. Le paradigme biomédical encore dominant, soutenu par une recherche fondamentale et clinique puissante, doit devenir éco-bio-psycho-social et s'appuyer sur des modalités de production de connaissances adaptées.

Les sciences biomédicales continueront à faire progresser notre compréhension des problèmes de santé et amèneront probablement de nouvelles propositions thérapeutiques, pharmacologiques notamment, avec de lourdes questions éthiques, mais un défi immense consistera à faire bénéficier le plus grand nombre de ces progrès. Les pratiques et les organisations doivent s'adapter pour accompagner au mieux des millions de malades chroniques qui ne recourent à l'hôpital qu'en certains points critiques d'un parcours de santé qui dure toute la vie. Pour cela, il faut mieux connaître le travail des personnes malades (qui passent des milliers d'heures par an à s'occuper de leur(s) maladie(s)) et celui des professionnels (avec un enjeu de qualité de vie au travail). Il faut aussi mieux connaître le fonctionnement de nos organisations (la première cause des événements indésirables graves est organisationnelle) et celui du système (micro / méso / macro) dans la perspective d'en favoriser les évolutions souhaitables, en partenariat avec les personnes soignées, dans un contexte de contrainte économique forte. C'est le champ de la recherche sur les services de santé, et il doit intégrer l'apport des progrès technologiques (domotique, santé "connectée", etc).

Mais une stratégie nationale de santé qui fait de la lutte contre les inégalités sociales de santé, pointe la nécessité de développer aussi des interventions adéquates, nécessairement complexes car elles doivent agir simultanément sur des déterminants multiples hors du champ traditionnel du soin si on veut les réduire. La méthode canonique de la recherche clinique, l'essai thérapeutique, s'applique rarement et le développement de méthodes appropriées est un domaine en émergence, celui de la recherche interventionnelle en santé des populations.

Dans ce contexte, les pratiques "paramédicales" sont amenées à évoluer fortement avec un développement de leur rôle propre comme celui de pratiques avancées, dans le cadre d'un exercice pluri-professionnel où la division du travail doit faire place à une intégration des tâches produisant des parcours de soins et de santé coordonnés, continus et globaux. Avec une attention particulière aux publics vulnérables, qu'ils le soient du fait de leur situation sociale (les inégalités sociales ne se résument pas aux effets de la grande précarité), d'une situation de handicap, de leur origine géographique ou de conditions de vie particulières (la détention par exemple). Difficile d'améliorer un système sans en connaître finement les parties ; c'est toute l'importance de la recherche infirmière et paramédicale : mieux connaître, pour les améliorer, les pratiques et les organisations des professionnels de santé de loin les plus nombreux. Ceci nécessite un effort dans les trois champs que sont recherche clinique, recherche sur les services de santé et recherche interventionnelle en santé des populations.

LA RECHERCHE, RÔLE DES INFIRMIÈRES ET DES PARAMÉDICAUX : COMMENT RENFORCER LES PARTENARIATS AVEC LES INDUSTRIELS ?

Christophe ROUSSEL, directeur des affaires médicales et économiques, 3M France

ANALYSE DE LA LITTÉRATURE PAR LES DOCTORANTS AP-HP

Sébastien KEREVER (MSc, RN, PhDs, doctorant AP-P) - Department of Anesthesiology and Critical Care, Lariboisière University Hospital, AP-HP, Paris, France - ECSTRA Team, Epidemiology and Biostatistics Sorbonne Paris Cité Research Centre UMR 1153, Inserm, Paris, France - University Denis Diderot - Paris VII, Paris, France

Objectif :

Les publications infirmières tendent à utiliser les différents plans méthodologiques disponibles, comme n'importe quelle autre discipline scientifique, afin de mener des recherches et de publier les résultats de ces dernières. La présence d'indications méthodologiques dans les publications est considérée comme un critère important de qualité et de fiabilité des résultats de recherches. L'objectif de ce travail était de réaliser une revue de la littérature afin de recenser les différents plans méthodologiques utilisés dans les publications infirmières et d'évaluer la fréquence avec laquelle ces informations étaient clairement identifiables.

Méthode :

Analyse de tous les articles publiés au cours de l'année 2012 dans les 10 journaux présentant le plus haut facteur d'impact lors de cette même année. Le recueil des données a consisté en la collecte de 5 variables focalisées sur les critères méthodologiques des différents articles analysés par les 12 personnes participants à cette étude.

Résultats :

Au total, 779 articles ont été étudiés par 12 membres du groupe*. Les études quantitatives représentaient 61 % (n=472) des articles étudiés, les études qualitatives 19 % (n=151) et les études dites mixtes 4 % (n=34). Les thématiques souvent étudiées concernaient la santé publique dans 18 % (n=121) et la qualité de vie dans 18 % (n=120) des études. Pour 11 %, des articles, la méthode n'a pas pu être clairement définie après une première lecture, et au total, pour 4 % d'entre eux, la méthode restait identifiée comme peu claire après une seconde lecture.

Conclusion :

Ce travail de recherche a permis de mettre en évidence la diversité thématique et méthodologique des recherches infirmières publiées en 2012 ainsi que la disproportion qui existe entre les études quantitatives et qualitatives (61 % vs. 19 %, ratio = 3.12). Malgré les recommandations concernant la rédaction des résultats de recherche, 4 % des publications (n=25) analysées ne sont toujours pas identifiables de façon claire.

*Bérenghère COUTURIER (doctorante AP-HP), Nathalie GOUTTE (doctorante AP-HP), Nathalie HEITZLER (IDE Réanimation Chirurgicale Lariboisière), Guillaume HOUZET (IADE DAR Saint Louis), Judith LEBLANC (doctorante AP-HP), Chantal LEGRAND (doctorante AP-HP), Bénédicte LOMBARD (doctorante AP-HP), Laurent POIROUX (Cadre Supérieur CHU Angers), Brigitte RUL (Cadre CHU Raymond Poincaré, Garches), Edith VANSHINGEN (doctorante EHESP), Sébastien KEREVER (doctorant AP-HP, responsable scientifique), Monique ROTHAN-TONDEUR (Initiatrice du projet)

ORGANISATION ET COORDINATION DE LA RECHERCHE PARAMÉDICALE AU CHU D'ANGERS

Marie-Claude LEFORT, Directeur des soins, coordinateur général

Laurent POIROUX, Cadre de santé

CHU d'Angers

La concordance entre la réforme des études infirmières et la mise en œuvre des programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) ont conduit la communauté paramédicale du CHU d'Angers à s'approprier de nouveaux leviers de qualité du soin. S'appuyant sur le développement d'une culture professionnelle scientifique et sur une structuration interne innovante de la recherche paramédicale, l'établissement angevin a su passer de la motivation à l'action. La recherche paramédicale y est aujourd'hui un puissant moteur de qualité des soins.

Au CHU d'Angers, la recherche paramédicale s'affiche comme un axe de développement fort autour duquel la communauté hospitalière s'appuie pour développer des parcours de soins innovants, efficaces et porteurs d'une philosophie du soin centrée sur la singularité de chaque usager. Cette démarche prend appui sur l'expertise des professionnels mais elle trouve également dans la politique affichée de l'établissement des conditions favorables à son développement.

Cette nouvelle dynamique ne pouvait se concevoir qu'avec un accompagnement institutionnel puissant qui s'est traduit, dès 2010 par une structuration innovante et interdisciplinaire de la recherche paramédicale :

La création, au sein de la Commission des soins infirmiers de rééducation et médico-technique (CSIRMT) du CHU d'Angers, d'une sous-commission "Recherche paramédicale", coordonnée par un Cadre de santé chargé de la promotion et de la coordination de la recherche au niveau de l'établissement a été une étape clé. Cela a permis un affichage clair de la stratégie de développement de la recherche et une fédération de toutes les énergies attirées par cette thématique

Le lancement d'un appel d'offre interne dont une partie de l'enveloppe est dédiée à la recherche paramédicale a induit une collaboration active et performante avec la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI). C'est à ce jour, un levier puissant et efficace de promotion de la recherche chez les professionnels paramédicaux. De manière concrète, cela a suscité l'émergence et la conduite de nombreux projets de recherche en soins dont certains ont d'ores et déjà été publiés dans des revues internationales.

L'incitation au développement professionnel continu (formations spécifiques d'initiation à la recherche, diplômes universitaires, masters, doctorats) est un engagement de l'institution au profit d'une recherche paramédicale de haut niveau.

Ainsi, l'ensemble de la communauté paramédicale est stimulé par cette dynamique institutionnelle. Les bases d'un engagement pérenne de cette évolution ont pour objectif principal d'entretenir une pratique de soins ancrée sur des données probantes par des professionnels réflexifs au bénéfice d'usagers acteurs de leurs prises en charge.

LE MODÈLE DU JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI) : LA RECHERCHE TRANSLATIONNELLE AU SERVICE DES RÉSULTATS DE SANTÉ

Jacqueline WOSINSKI, DrPH, Master en gest. sanitaire & sociale, inf., Haute Ecole de Santé et Institut
La Source, Lausanne, BEST, Swiss JBI center, Adjunct professor, Johns Hopkins University

Le modèle de soins de santé fondé sur les preuves du Joanna Briggs Institute (JBI) permet à chaque acteur de la santé de s'inscrire dans le processus du transfert des savoirs. Le JBI articule chacune des quatre étapes du modèle, c'est-à-dire la genèse, la synthèse, le transfert et l'utilisation des preuves avec les outils et résultats documentaires correspondants. Si la santé de la population est la finalité d'un soin fondé sur les preuves, les préoccupations des patients et donc de leurs soignants ainsi que celles des gestionnaires orientent la production des preuves et des guides de pratique qui en découlent. L'utilisation de ceux-ci dans les milieux cliniques et l'amélioration des résultats de soin qui en découle ne peut se faire sans une formation adéquate des professionnels et une organisation favorable au transfert des savoirs.

DE LA “BANALITÉ DU MAL” À LA PRUDENCE DANS LES SOINS IDE

ETUDE QUALITATIVE DE LA CONTENTION LORS DES SOINS EN PÉDIATRIE

ETUDE RESPECT (RÉFLEXION ETHIQUE SOIGNANTE PREVENTION CONTENTION)

Bénédicte LOMBART, Cadre de santé APHP – G H Est, Doctorante en philosophie pratique et en éthique hospitalière Université Paris Est (Subvention APHP 2012) - Laboratoire de recherche : Espaces Ethiques et Politiques - Institut Hannah Arendt (EEP) – HA 2548 & Largotec
bene.lombart@gmail.com

L'étude qualitative de type ethnographique présentée, s'inscrit dans un travail de thèse en philosophie pratique et éthique hospitalière. Nous avons cherché à interroger cette question du point de vue des soignants pour comprendre comment l'usage de la contention lors d'un soin en pédiatrie pouvait se transformer en un usage illégitime de la force.

Objectif :

Explorer, comment les soignants parlent de la contention forte lors des soins en pédiatrie.

Méthode :

étude qualitative de type ethnographique réalisée au moyen de focus-group avec enregistrements audio et vidéo, dans 5 services de pédiatrie de 4 hôpitaux d'île de France de mars à juin 2013. L'échantillonnage intentionnel a concerné 32 paramédicaux volontaires (IDE, puéricultrice, auxiliaire de puériculture, aide soignants, kinésithérapeute, éducatrice).

Résultats :

La pratique de la contention forte était considérée par l'ensemble des participants comme une difficulté fréquente en pédiatrie. Cette pratique était soit banalisée soit exceptionnelle selon les groupes interrogés. Les participants déploraient l'utilisation de la contention forte mais n'imaginaient pas tous des alternatives à celle-ci. L'intérêt supérieur de l'enfant justifiait systématiquement l'usage de la force sans que ni l'aspect contradictoire de celui-ci ou éthique ne soit souvent relevé. L'obligation de réaliser le soin était prioritaire dans la majorité des groupes et supplanter le respect du refus de l'enfant. La priorité allait à l'exécution du soin. L'évocation du sujet déclenchait cependant toujours gêne, malaise et émotions. Les participants témoignaient d'une nécessaire occultation de l'empathie ressentie spontanément envers l'enfant le temps de la contention forte.

Conclusion :

La disparition de l'enfant du discours des soignants lors des situations de contention forte conduit à proposer le concept de “cécité empathique transitoire”. L'exploration du concept de “cécité empathique” et de la notion de “stratification déontologique” pourrait participer à l'approche épistémologique des soins infirmiers en pédiatrie.

HYPNODIET – PHRIIP 2013 : ETUDE DE L'INFLUENCE DE L'HYPNOSE ÉRIKSONNIENNE ET DE LA PRATIQUE DE L'AUTOHYPNOSE SUR L'IMPULSIVITÉ ALIMENTAIRE ET LA PERTE DE POIDS CHEZ LE PATIENT OBÈSE : PROJET PILOTE

Fabienne DELESTRE, diététicienne, Hôpital Pitié-Salpêtrière - GH Pitié Salpêtrière – Charles Foix
(Co-responsable scientifique)

L'obésité n'est pas encore une indication reconnue dans la pratique de l'hypnose. La recherche et l'ouverture du PHRI aux diététiciens a été l'opportunité d'officialiser et de formaliser la pratique expérimentale de l'hypnose auprès des patients obèses.

HYPNODIET est le 1^{er} PHRIIP diététique à l'APHP, le seul PHRIIP diététique national en 2013 et le 2^{ème} PHRIIP diététique depuis 2011.

L'objectif principal de cette étude est de montrer que, dans une population obèse, l'hypnose éricksonienne combinée à l'apprentissage de l'auto-hypnose améliore l'impulsivité alimentaire, en particulier la baisse de la désinhibition qui est le critère d'évaluation principal.

Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, l'outil hypnotique est intégré à la prise en charge de l'obésité déjà optimale avec un programme nutritionnel personnalisé du patient. Ainsi, cette étude se distingue des précédentes études qui testent l'hypnose comme traitement alternatif et non comme une approche complémentaire.

L'étude s'intéresse précisément à l'effet de l'hypnose sur l'impulsivité alimentaire, car ce facteur n'est pas amélioré par l'accompagnement diététique alors qu'il est l'un des déterminants majeurs de la prise de poids.

Il s'agit d'une Etude contrôlée randomisée en groupes parallèles en ouvert chez des sujets en obésité modérée et sévère. Le nombre de sujet est de 80 avec une durée total de 26 mois dont 18 mois d'inclusion et 8 mois de suivi par patient.

L'étude est ouverte depuis septembre 2014 avec les premières visites d'inclusion et de randomisation de patients sur e-CRF.

Les bénéfices attendus sont une diminution de la désinhibition, et par conséquent une réduction de l'effet de récompense alimentaire et du stress associé à une augmentation de l'estime de soi. Cela devrait améliorer l'implication du patient dans son projet personnalisé de soins avec un comportement alimentaire plus adapté et un effet significatif sur la perte de poids.

Si les résultats confirment ces hypothèses, les patients obèses pourront bénéficier d'une prise en charge en hypnose, en complémentarité avec les soins actuels en diététique et en activité physique. Une étude ultérieure permettra de confirmer les critères prédictifs des populations de patients répondeurs à l'hypnose et l'intérêt de l'hypnose en complément des traitements usuels sur la perte de poids, à moyen et long terme.

Le PHRIIP demande des implications et sollicitations avec des missions inhabituelles, une collaboration novatrice avec l'URC, la direction de la communication et les équipes médicales. Un soutien des cadres, des collègues et un investissement personnel sont indispensables pour mener à bien ce projet. C'est une expérience très valorisante et enrichissante à travers des échanges fondamentaux avec les médecins ainsi qu'une évolution de notre profession et de nos pratiques professionnelles.

PERTINENCE ET CHARGE EN SOINS HOSPITALIÈRE EN FIN DE VIE : « QUE POURRAIT-ON FAIRE DE MOINS ? QUE DEVRAIT-ON FAIRE DE PLUS ? »

Laurence FONTAINE, IDE, service EMASP Hôpital Louis-Mourier, GHUPNVS (PHRI 2010)

But, contexte

La loi promeut des soins réfléchis et adaptés aux besoins et au confort du patient en fin de vie¹. Dans ce contexte, les soignants rapportent un manque de disponibilité et déplorent la priorité donnée à des actes de pertinence discutable.

Le contexte économique et l'arsenal thérapeutique croissant encouragent cette réflexion sur la pertinence, facilitée par l'existence des recommandations de l'HAS et des sociétés savantes^{2,3}.

À notre connaissance, il n'existe pas d'état des lieux sur les soins en fin de vie tenant compte de leur pertinence.

Cette étude, financée par le PHRI 2010, visait à évaluer la pertinence des soins réalisés en fin de vie à l'hôpital et le temps dévolu aux soins de confort.

Objectif

Lister les actes réalisés dans les 72 heures avant le décès et jugés non pertinents
Lister les soins adaptés aux symptômes et non réalisés
Quantifier les charges de travail qui leur sont associées

Méthode

Etude multicentrique rétrospective

Dossiers de patients codés soins palliatifs décédés dans les services de court séjour, hors USP et réanimation, de 6 hôpitaux

- Recueil par l'EMSP des symptômes d'inconfort et des actes/soins réalisés et jugés non pertinents
- Discussion avec médecins et soignants des services concernés, pour retenir les actes non pertinents (si absence de consensus, acte non retenu)
- Proposition consensuelle de soins adaptés aux symptômes, et non réalisés
- Évaluation et comparaison de la durée des actes réalisés, classés non pertinents vs recommandés, non réalisés

Résultats/discussion

193 dossiers analysés :

- prise en charge pertinente : n=63 (33 %)
- aucun symptôme recensé : n=22 (11 %)
- ≥ 3 symptômes : n=126 (65 %) ; 110 patients (57 %) ont une douleur, dont 1/3 (n=33) pendant les 72h étudiées.

Lors des discussions avec les services,

186 / 275 lignes de traitement recueillies par l'EMSP (68 %) et 556 / 876 actes (63 %) sont retenus comme non pertinents : suppression ou modification d'administration de médicament, changement d'une surveillance etc... Au total, -129 heures de temps soignant évalué.

1. Loi dite Léonetti n° 2005-370 du 22/04/2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

2. Charte soins palliatifs et accompagnement, SFASP

3. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Recommandations de la SRLF 2009

CONCLUSION

Françoise ZANTMAN, directrice de la Direction des soins et des activités paramédicales de l'AP-HP

