

MOTS CLÉS

Soins intermédiaires
Organisation
Changement
Hospitalisation
Cahier de solutions
SITM
CHUV

dossier

ORGANISATION

Le projet SITM

L'expérience du CHU Vaudois (Lausanne)

Les soins intermédiaires (SITM) sont une plaque tournante d'un hôpital universitaire, faisant office de relais entre différentes structures de soins (soins intensifs, urgences, bloc opératoire, chambres d'hospitalisation). Les auteurs montrent ici le bénéfice d'un cahier de solutions régissant les critères d'admission dans une unité de soins intermédiaires chroniquement saturée du CHU Vaudois. Grâce à une approche consensuelle de type « bottom-up », impliquant les clients et les parties prenantes des soins intermédiaires, ils démontrent qu'une série de critères tenant compte de la spécificité de l'unité étudiée permet de réduire significativement le nombre de patients admis et de journées sans indication, tout en augmentant le nombre d'hospitalisations indiquées et les places à disposition. Le succès de ce projet passe par l'identification d'un médecin cadre ayant l'autorité d'accepter ou de refuser les cas sur la base du cahier de solutions.

Les patients sont admis en soins intermédiaires (SITM) pour des raisons médicales (accident vasculaire cérébral...), chirurgicales (surveillance post-gastrectomie...), anesthésiques (surveillance respiratoire après anesthésie générale dans un contexte de maladie respiratoire sévère...) et infirmières (soins importants chez un patient grabataire...).

Le centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV) comprend 11 unités de SITM rattachées à différents services comme la chirurgie viscérale, la chirurgie thoracique et vasculaire, l'oto-rhino-laryngologie, la neurologie ou la médecine interne. Avec un total de 87 lits, des cinq hôpitaux universitaires helvétiques, le CHUV est celui qui offre le plus grand nombre de lits de SITM. Malgré cela, ces unités sont chroniquement saturées, avec un taux d'occupation supérieur à 95 %, entravant le bon fonctionnement du reste de l'hôpital. Ainsi, en raison

de cette congestion, les patients sont délocalisés dans des SITM d'autres services ou transférés dans des structures hospitalières avoisinantes ; certaines opérations sont différées, voire annulées. Cela engendre une charge administrative supplémentaire pour trouver des places disponibles et des coûts puisque les transferts dans d'autres hôpitaux sont à la charge du CHUV.

Enfin, des patients « légers », qui ne remplissent pas les critères habituels, sont parfois admis dans ces structures pour surveillance, limitant ainsi le remboursement.

Compte tenu d'un certain manque d'efficacité, la direction générale du CHUV a élaboré une directive institutionnelle commune à l'ensemble des SITM afin de clarifier les critères d'admission ; le mérite de cette directive a été de poser les bases en termes de soins et de traitements médicamenteux entre les différents SITM. En ce qui concerne les critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques d'admission, ces derniers se sont révélés peu spécifiques et hétérogènes, laissant place à une interprétation interindividuelle importante ; et si les aspects de soins infirmiers sont bien définis, les aspects propres aux différentes spécialités ne sont qu'incomplètement développés, rendant difficile l'application de cette directive. Pour

Dr Eric ALBRECHT
Médecin adjoint
Anesthésiologie

Pr Etienne PRUVOT
Médecin adjoint
Cardiologie

Centre hospitalier
universitaire Vaudois
Lausanne, Suisse

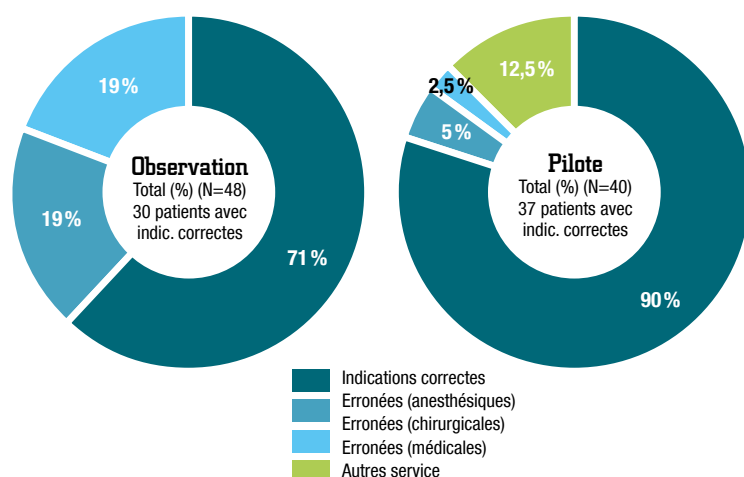
« Plaque tournante d'un hôpital universitaire, les soins intermédiaires (SITM) font office de relais entre différentes structures : soins intensifs, urgences, bloc opératoire, chambres d'hospitalisation... »

illustrer ce propos, prenons l'un de ces critères : le besoin de surveillance des signes vitaux (pression artérielle et fréquence cardiaque) six fois par jour ou plus. Ainsi, en présence d'un patient souffrant de multiples comorbidités, un jeune médecin anxieux prescrira une mesure des signes vitaux huit fois par jour, alors qu'un médecin plus expérimenté ne la prescrira que quatre fois par jour, ce qui conditionnera ou non l'admission du cas aux SITM (≥ 6 contrôles/jour). Encore une fois, cette occupation importante des SITM est principalement due à des critères d'admission peu spécifiques, laissant le champ libre à une interprétation interindividuelle variable.

NOTE

(1) Master dirigé par Raphaël Cohen.

FIGURE 1
Répartition des critères d'admission
Phase d'observation et phase pilote



Durant la phase d'observation, 30 patients sur 48 présentaient des indications correctes (62,5%) ; grâce au cahier de solutions, 92,5% des patients admis durant la phase pilote avaient des indications correctes (37/40).

Le cahier de solutions

La direction des ressources humaines du CHUV a mis en place un programme de formation de type MBA (*master in business and administration*⁽¹⁾) qui fournit à ses cadres différents outils pour lancer des projets de type *bottom-up*. Dans le cadre de ce programme, nous avons décidé de nous emparer de cette problématique et d'aider les intervenants à homogénéiser leurs décisions en les orientant vers une approche simple et structurée. L'idée était d'établir « un cahier de solutions » qui regroupe des critères d'admission stricts et objectifs d'un SITM donné, sur lequel les médecins et infirmiers peuvent se référer afin d'optimiser les flux des patients vers ou en provenance des SITM. Tenant sur une seule page, ces nouveaux critères d'admission se devaient d'être précis afin de limiter toute interprétation ou subjectivité. Ainsi, seul un patient souffrant d'un syndrome d'apnée du sommeil sévère non appareillé, avec des pathologies cardiaques importantes, peut être hospitalisé dans une unité de SITM en phase postopératoire. Notre groupe, composé de médecins et infirmiers cadres ayant des compétences complémentaires dans de nombreux domaines de soins (cardiologie, anesthésie, soins infirmiers entre autres), réunissait les compétences nécessaires à l'établissement d'un processus cohérent.

La méthode

Nous avons d'abord sélectionné une unité de SITM dans laquelle nous pouvions réaliser un projet pilote. Nous avons ensuite rencontré les clients de ce projet, soit le chef de service de cette unité, ses médecins cadres et les cadres infirmiers, pour dresser un état des lieux de la situation et élaborer des hypothèses sur les raisons de congestion. Les critères usuels d'admission aux SITM ont été répertoriés et classés dans une des quatre catégories décrites précédemment (médicale, chirurgicale, anesthésique et soins infirmiers).

Afin d'établir les raisons principales d'admission des patients dans cette unité et de vérifier les hypothèses de congestion rapportées lors des premiers entretiens avec les parties prenantes, nous avons réalisé une phase observationnelle de deux semaines durant laquelle nous avons effectué des visites biquotidiennes (9h00/17h00), d'une durée approximative d'une heure, conjointement avec les cadres médicaux et infirmiers préalablement identifiés. Durant cette phase observationnelle, nous avons répertorié l'ensemble des patients admis et leurs indications aux SITM, ainsi que leur durée de séjour ; nous avons également mesuré le nombre de places vacantes chaque jour ainsi que le nombre de transferts non réalisés en raison d'un manque de place dans d'autres structures. Après avoir analysé les résultats de la phase observationnelle et confirmé certaines de nos hypothèses, nous avons défini de nouveaux critères chirurgicaux, médicaux, anesthésiques et infirmiers avec les clients et les différentes parties prenantes, sur la base des recommandations des sociétés savantes et de l'analyse de la phase observationnelle. Nous avons ensuite regroupé ces critères dans le « cahier de solutions » puis l'avons présenté aux différentes parties prenantes afin de l'affiner pour obtenir un consensus et l'adhésion (approche *bottom-up*) et vaincre des résistances qui proviendraient

d'une perte d'autonomie en termes de décisions cliniques. Nous avons ensuite introduit ce cahier de solutions dans les SITM concernés pendant une phase pilote de deux semaines durant laquelle nous avons mesuré les mêmes indicateurs que durant la phase observationnelle. Des visites biquotidiennes (9h00/17h00) ont été conduites avec les mêmes répondants médicaux et infirmiers que pour la phase observationnelle. Durant cette phase pilote, de nombreux appels téléphoniques aux différentes parties prenantes ont été effectués pour rappeler l'existence du « cahier de solutions » et l'importance de suivre les critères stricts et objectifs d'admission. Cette étape a été extrêmement importante dans la mesure où elle a nécessité un changement de « culture du service » et de rompre avec certaines habitudes.

Les résultats

Grâce au cahier de solutions, nous avons réduit de 83 % les hospitalisations des patients sans indication (*figure 1*) et de 93 % le nombre de jours sans indication. Nous avons aussi augmenté de 23 % le nombre d'hospitalisations indiquées. Parallèlement, il y a eu une augmentation de 13 % des hébergements de patients provenant d'autres services. De plus, l'application du cahier de solutions a libéré deux places quotidiennes, contre aucune durant la phase observationnelle, et ce pour un taux d'activité comparable.

La pérennisation du projet

Afin de pérenniser le projet, un courriel hebdomadaire a été envoyé aux clients et parties prenantes pour rappeler l'existence du cahier de solutions pendant une période de trois mois, suivi d'un rappel mensuel pendant six mois. Des séances d'information ont également lieu à chaque rotation de médecins. Enfin, un médecin-cadre répondant des SITM a été identifié, qui a l'autorité d'accepter ou de refuser les patients selon les indications figurant dans le cahier de

solutions. Ces différentes mesures ont permis de s'assurer que le cahier de solutions est utilisé.

Conclusion

Ce projet démontre le bénéfice d'un cahier de solutions régissant les critères d'admission dans une unité de SITM du CHUV. Grâce à une approche consensuelle de type *bottom-up*, impliquant les clients et les parties prenantes des SITM, nous avons pu démontrer qu'une série de critères tenant compte de la spécificité de l'unité étudiée permet de réduire significativement le nombre de patients admis et de journées sans indication, tout en augmentant le nombre d'hospitalisations indiquées et les places à disposition. Le succès de ce projet passe par l'identification d'un médecin-cadre ayant l'autorité d'accepter ou de refuser les cas sur la base du cahier de solutions. ●

Les membres du groupe qui ont participé à la réalisation du projet :
Eric Albrecht, Michael Hofer,
Etienne Pruvot, Jarden Puder,
Vincent Schneebeli