

LES EQUIPES MEDICO-SOIGNANTES AU CENTRE DE LA PLANIFICATION PRECOCE DE LA SORTIE DES PATIENTS

*Chantal Berna, Michel Kossovsky, Jean-Michel Gaspoz, Martine Louis Simonet
Service de Médecine Interne Générale, Département de Médecine Interne, HUG.*

Introduction

La planification de la sortie des patients hospitalisés est aujourd'hui reconnue comme une des composantes importantes de la qualité et de l'efficacité des prises en charge hospitalières. Elle peut également contribuer à réduire les coûts des épisodes de soins et est considérée comme un standard de soins dans plusieurs pays ; son application reste toutefois variable selon les institutions : en Suisse, elle ne fait l'objet d'aucune recommandation officielle.

La planification de la sortie peut être décrite comme la construction et la réalisation d'un programme de continuité des soins, planifié et individualisé, qui répond aux besoins du patient après sa sortie de l'hôpital, quelle que soit sa destination de sortie (domicile ou autre établissement médicalisé); elle doit également permettre d'optimiser l'utilisation des ressources hospitalières, en assurant que les patients ne restent pas à l'hôpital pour des raisons inappropriées et/ou un temps inapproprié. Ainsi, une planification de sortie efficace et de qualité peut être définie en fonction de l'adéquation : -du temps de sortie du patient ; -de sa destination de sortie ; -de la mise en place des mesures d'aides à domicile nécessaire ; -de sa satisfaction sur le processus et les informations reçues. Elle rend impératives, lors d'une hospitalisation, l'identification et l'évaluation précoces des patients susceptibles de présenter des difficultés à leur sortie. Cependant, dans un milieu de soins focalisé sur la prise en charge de pathologies aiguës, ce processus est souvent retardé et/ou négligé ; les principales raisons en sont: la reconnaissance insuffisante que les médecins hospitaliers ont de son importance, un manque d'anticipation par l'équipe médico-soignante, et l'absence de moyens simples permettant d'identifier précocement les patients dont le retour à domicile peut poser problème.

Afin d'améliorer le processus de planification de la sortie au sein des services de médecine interne générale, et grâce au soutien du Département de Médecine Interne et du Service de la Qualité des soins (Direction médicale), nous avons pu, dans une première étape, développer et valider prospectivement un modèle de prédiction permettant d'identifier, en début d'hospitalisation, les patients susceptibles de présenter des difficultés à leur sortie et, ainsi, de proposer des stratégies de planification précoce de la sortie de tels patients. Développé à partir de ce modèle, un score, mesuré au 3^{ème} jour d'hospitalisation (J3), permet de prédire avec une sensibilité de 87% et une spécificité de 63% le risque d'un transfert vers une structure de moyen séjour pour les patients obtenant 8 points ou plus. Ses composants et leur pondération sont représentés dans le Tableau 1. De plus, nous avons pu démontrer que les patients à haut risque de transfert vers une structure de moyen-séjour (>16 points) sont ceux dont la durée de séjour est la plus longue, et dont le séjour génère le plus grand nombre de journées inappropriées, en particulier celles liées aux délais de préparation à la sortie (Tableau 2). Finalement, la stratification des patients selon leur risque de transfert vers une structure de moyen-séjour, ainsi que l'examen des éléments composant le score, ont logiquement mené à l'établissement d'un plan d'action en fonction du score (Tableau 3). Le calcul du score, ainsi que le plan d'action qui en découle, ont été intégrés dans un formulaire ad hoc de planification de la sortie (appelé par la suite « feuille jaune »), distribué dans les unités de soins.

Cette première étape a été réalisée principalement par des infirmières de recherche (calcul du score, distribution des « feuilles jaunes » et incitation de l'équipe médico-soignante à l'action). Notre groupe a logiquement cherché à intégrer cette démarche aux prises en charge hospitalières usuelles des unités de soins et a évalué sa mise en application dans les services de médecine interne générale ainsi que l'impact de cette stratégie sur l'utilisation des ressources hospitalières. Ceci a constitué les objectifs de l'étude décrite ci-dessous.

Méthode :

Dessin de l'étude

Il s'est agi d'une étude prospective, non randomisée, contrôlée, avec des périodes pré (t1) et per-intervention (t2). L'intervention a eu lieu dans un des deux services de médecine (service expérimental), l'autre servant de contrôle. Dans un premier temps (t1, état de base), les infirmières de recherche ont calculé le score de chaque patient et incité les équipes médico-soignantes des deux services à appliquer le plan d'action de planification précoce de la sortie prévu en fonction des scores; dans un deuxième temps (intervention, t2), les équipes médico-soignantes ont pris elles-mêmes en charge le calcul des scores ainsi que l'application des interventions proposées. Dans le service expérimental (service de Médecine 1) cette démarche a été encouragée et institutionnalisée (intervention); dans le service contrôle (service de Médecine 2), il n'y a pas eu de mesures spécifiques encourageant l'équipe médico-soignante au calcul du score et au plan d'action à entreprendre.

Intervention effectuée dans le service expérimental : distribution des Rôles et Enseignements durant t2 (service de Médecine 1)

Médecins Internes:

Rôle : Les internes calculent le score à J3 avec l'aide de l'infirmier (ère) de l'unité (connaissance du degré d'indépendance des patients pour la mobilisation et la toilette, l'aide par le conjoint, la dépendance dans la gestion des médicaments) lors de la visite au 3^{ème} jour d'hospitalisation. Le score est reporté sur la Feuille de Synthèse d'Intervention (Feuille Jaune), placée dans le cardex infirmier, regroupant les données permettant de calculer le score et spécifiant les interventions à initier. Celles-ci, ainsi que les dates de leur exécution, sont inscrites sur la Feuille Jaune.

Enseignement : Colloque pour les internes et les chefs de clinique du service expérimental avec enseignement du calcul du score à J3 et des mesures à prendre. Rappel par les cadres, lors de leur visite hebdomadaire dans les unités.

Infirmier (ère) s

Rôle : Passage au feutre jaune de la date du 3^{ème} jour d'hospitalisation dans le cardex. L'infirmier(ère) s'assure de l'exécution et du suivi des mesures prises (physiothérapie, intervention du service social).

Enseignement : Plusieurs réunions des médecins cadres avec les infirmier(ère)s responsables d'unité afin d'expliquer l'utilité du score et le rôle des infirmier(ères), discussions autour de l'équipe de soins pluridisciplinaire et flux des patients.

Assistantes sociales et infirmières de liaison (patients connus des soins à domicile)

Rôle : Evaluent les conditions de vie à domicile des patients qui leur sont signalés et ses besoins; mettent en place ou renforcent l'aide à domicile nécessaire au retour à domicile. Effectuent des demandes de place dans des établissements de moyen séjour. Documentent ces interventions sur la feuille ad hoc placée dans le dossier infirmier.

Enseignement : Réunions des médecins cadres avec les assistantes sociales et infirmières de liaison afin d'expliquer le rôle et l'utilité de cette démarche.

D'une manière globale : encouragement par les supérieurs hiérarchiques de toute l'équipe soignante à ce que le score soit calculé et les mesures prises en temps voulu.

Principales données collectées :

Calcul du score par les infirmières de recherche ; calcul du score par les équipes médico-soignantes ; destination des patients après leur sortie ; durée de séjour ; nombre total de journées inappropriées et nombre de journées inappropriées liées aux délais de préparation à la sortie

Analyses principales.

Comparaison entre le score obtenu par l'équipe médico-soignante pendant la phase d'intervention et celui obtenu par les infirmières de recherche en parallèle et de manière aveugle (courbe ROC)

Impact de l'intervention sur la destination des patients après la sortie, les durées de séjour, le nombre de journées d'hospitalisation inappropriées, et le nombre de journées inappropriées liés à l'organisation de la sortie (analyses uni- et multivariées).

Résultats principaux.

Après exclusion des patients décédés ou transférés vers un autre service de soins aigus, notre analyse a porté sur 198 patients pendant la phase t1 (état de base) et 190 patients pendant la phase t2 (intervention dans le service expérimental).

Nous avons retrouvé les associations constatées pendant les phases de dérivation et validation du score entre les valeurs du score regroupées en trois catégories de risque de transfert (risque bas < 8 points ; risque moyen 8-15 points ; risque élevé > 16 points) et la durée de séjour, le nombre de journées d'hospitalisation inappropriées et celles dues spécifiquement à des délais liés au transfert (Tableau 4)

Pendant la phase d'intervention (t2), pour 78% des patients du service expérimental (Médecine1) l'équipe médico-soignante a calculé un score à J3 et l'a reporté sur la feuille de synthèse d'intervention. Dans la clinique contrôle (Médecine 2) aucun score n'a été reporté à J3. La concordance entre les scores calculés par l'équipe médico-soignante du service expérimentale en phase t2 et les scores effectués par les infirmières de recherche auprès des mêmes patients a été de 89%. De plus, la performance du score établi par les équipes médico-soignantes en phase t2 dans le service expérimental était aussi bonne en terme de prédiction de destination des patients à leur sortie (Aire sous la courbe ROC (AUC) : 0.721) que celle du score établi par les infirmières de recherche pour tous les patients inclus dans cette phase de l'étude (AUC : 0.841) et que celle préalablement obtenue dans la phase de dérivation et de validation du score (AUC : 0.816 et 0.768, respectivement) (Figure).

Après ajustement pour les différences de caractéristiques des patients entre les deux services à l'état de base (t1) et pour celles pouvant survenir au cours du temps (t2 vs t1 en Médecine2), notre intervention a augmenté, mais de manière non significative, la probabilité de transfert vers une structure de moyen séjour des patients du service expérimental (OR 2.81 ; IC 95% 0.85- à 9.24 ; p=0.09) ; par contre, elle a diminué de manière significative la durée de séjour de ces patients (Coefficient : - 4.37 jours ; IC 95% -7.66 à -1.09 ; p = 0.009). Finalement, l'intervention a également diminué le nombre de journées inappropriées (-0.84

jour ; IC 95% -2.77 à 1.11 ; p=0.40) et de journées inappropriées liées aux délais d'organisation de la sortie (-0.59 jour; IC 95% -2.16 à 0.98 ; p=0.46), sans que cela ne soit statistiquement significatif, du fait du trop faible nombre d'observations.

Conclusions.

Notre étude démontre qu'une mesure visant à mieux planifier la sortie des patients de l'hôpital, dont la réalisation dépend des équipes soignantes (internes / infirmiers), au lit du patient, est réalisable, mais nécessite un enseignement spécifique, ainsi qu'une stimulation et un soutien de la part de la hiérarchie. Les équipes médico-soignantes des unités de soins de médecine sont capables de calculer adéquatement un score visant à détecter les patients à risque d'une sortie compliquée et de déclencher une intervention interdisciplinaire visant à réduire le nombre de journées d'hospitalisation inadéquates et à favoriser le transfert des patients dont le retour à domicile est impossible vers une structure de moyen séjour. Cependant, malgré les encouragements prodigués, le programme n'a pas été suivi par l'ensemble des internes : des mesures supplémentaires devraient être envisagées à cet effet.

Cette intervention a amélioré le flux des patients en favorisant le transfert vers une structure de moyen-séjour des patients identifiés précocement comme à haut risque d'une sortie difficile, et en diminuant leur durée de séjour, ainsi que leur nombre de journées d'hospitalisation inappropriées.

Ainsi, notre programme a favorisé la prise de conscience par les internes du concept de patients à risque de sortie difficile et a encouragé leur anticipation de la planification de suites de soins dès le 3^{ème} jour. De plus, il a stimulé la collaboration des différents soignants dans un esprit de réseau (médecins, infirmiers, assistants sociaux et physiothérapeutes), et une orientation conjointe, formalisée par une feuille de travail commune.

Tableau 1 : Score prédictif de risque de transfert en moyen séjour: composants et pondération

Variable	Points
Nombre de problèmes médicaux actifs à l'admission (par problème supplémentaire)*	+1
Pas d'aide informelle du conjoint	+4
Dépendant pour bain/douche	+4
Dépendant pour transfert lit/fauteuil	+4
Dépendant pour la préparation des médicaments à domicile	+4

Problème médical actif à l'admission= tout problème médical nécessitant une prise en charge hospitalière, pour un traitement spécifique, des investigations ou une surveillance. Les problèmes médicaux se définissent par rapport aux grandes têtes de chapitre des codes CIM 10.

Tableau 2 : Issues en fonction des catégories du score pendant la phase de dérivation

Score	Patients transférés vers un service de réadaptation n (%)	Durée de séjour (jours ± DS)	Journées inappropriées (moyenne ± DS)	Journées inappropriées dues à des délais de transfert (moyenne ± DS)
Moins de 8 points n=141 (47%)	12 (9%)	11.4 (± 6.6)	2.8 (± 3.5)	0.2 (± 1.1)
8 à 15 points n=108 (36%)	43 (40%)	12.6 (± 6.2)	3.6 (± 4.1)	1.5 (± 2.9)
16 points et plus n=50 (17%)	40 (80%)	14.5 (± 7.0)	4.8 (± 4.8)	3.6 (± 3.6)
p	<0.001*	0.005**	0.03**	<0.001**

* Test exact de Fisher ** Test de Kruskal-Wallis

Tableau 3 : Plan d'action

Score <8 points	prise en charge habituelle
Score 8-15	<p>évaluer la possibilité d'un retour à domicile (RAD) :</p> <p><u>Si RAD envisageable</u>: contacter dès J3 l'assistante sociale ou l'infirmière de liaison pour évaluation, renforcement / mise en place de l'encadrement nécessaire ; remplir un bon de physiothérapie si besoin d'aide ou dépendances.</p> <p><u>Si RAD non envisageable</u> : planifier le transfert vers une structure de moyen séjour.</p> <p>Réévaluation de la situation à J6, J9, J12, etc.</p>
Score ≥ 16 points	Idem ; Evaluer un transfert vers une structure de moyen séjour sachant qu'un RAD ne sera que rarement envisageable; anticiper sa date.

Tableau 4 : Issues en fonction des catégories du score pendant les phases t1 (état de base) et t2 (intervention)

Phase t1-Baseline	Patients transférés vers un service de réadaptation n (%)	Durée de séjour (jours ± DS)	Journées inappropriées (moyenne ± DS)	Journées inappropriées dues à des délais de transfert (moyenne ± DS)
Moins de 8 points n=65 (33%)	3 (5%)	8.0 (± 5.1)	2.2 (± 3.6)	0.8 (± 2.9)
8 à 15 points n=66 (33%)	25 (38%)	9.8 (± 6.3)	3.5 (± 4.0)	2.0 (± 2.9)
16 points et plus n=67 (34%)	35 (52%)	13.4 (± 11.4)	3.8 (± 4.2)	2.6 (± 3.5)
p	< 0.001*	<0.001**	0.04**	<0.001**

Phase t2-Intervention	Patients transférés vers un service de réadaptation n (%)	Durée de séjour (jours ± DS)	Journées inappropriées (moyenne ± DS)	Journées inappropriées dues à des délais de transfert (moyenne ± DS)
Moins de 8 points n=79 (42%)	3 (4%)	9.5 (± 6.3)	2.6 (± 3.5)	0.6 (± 1.9)
8 à 15 points n=77 (42%)	25 (33%)	13.9 (± 9.0)	4.4 (± 4.8)	2.1 (± 3.3)
16 points et plus n=34 (18%)	20 (59%)	13.6 (± 7.2)	3.3 (± 4.4)	2.3 (± 2.8)
p	< 0.001*	<0.001**	0.02**	<0.001**

* Test exact de Fisher ** Test de Kruskal-Wallis

Figure : Performance du score établi par l'équipe médico-soignante comparée aux infirmières de recherche. Les courbes ROC de dérivation et validation sont données à titre de référence

