



La définition des interfaces pour améliorer la qualité : l'exemple de l'anorexie en hospitalisation somatique

Rev Med Suisse 2006 ; 2 : 2544-8

J.-B. Wasserfallen
I. Lyon-Pagès
O. Amiguet
C. Zurkinden
Y. Dorogi
G. Waeber

Defining interfaces to improve quality of care : the example of anorexia nervosa in acute somatic hospitalisation

Specialisation in medicine requires multidisciplinary approaches, and hence coordination in collaborations of the different partners involved. These integrated approaches, sometimes called «disease management», fit particularly well to chronic diseases. Our institution introduced an integrated approach for taking care of the acute somatic hospitalisation of patients suffering from anorexia nervosa. Interfaces with the different partners were defined, specifying tasks, rights, and duties of each person, care givers or patients. This initiative allows now to identify any deviation occurring in the process of care or hole in the care system, so that it can be corrected and recurrence prevented.

This model will be extended to other complex and multidisciplinary care processes and other services in our institution.

La spécialisation de la médecine impose des prises en charge multidisciplinaires et donc une coordination des collaborations des différents partenaires impliqués. Ces prises en charge intégrées, appelées *disease management*, s'appliquent particulièrement bien aux maladies chroniques. Notre institution a introduit ce type d'approche pour gérer la prise en charge somatique aiguë des anorexiques mentaux. Les interfaces avec les différents partenaires ont été définies, précisant les tâches, droits et devoirs de chacun, soignants et patients. Cette démarche permet d'identifier les éventuels écarts survenant ou les lacunes existantes dans une prise en charge, pour pouvoir les corriger et prévenir leur récurrence.

Ce modèle pourra être étendu à d'autres prises en charge complexes et multidisciplinaires et d'autres services de notre institution.

INTRODUCTION

Le savoir médical augmente constamment et se spécialise toujours davantage. Il en résulte que la prise en charge des patients devient de plus en plus souvent multidisciplinaire. Ceci nécessite une coordination et une collaboration accrues entre les différents prestataires de soins impliqués dans le traitement d'un même patient.

Des programmes spécifiques ont été développés et évalués pour des maladies chroniques, qui s'adressent à la fois aux besoins des patients et des soignants. C'est le cas pour le diabète¹ et pour l'insuffisance cardiaque,^{2,3} ou les accidents vasculaires cérébraux.⁴ Une revue de ces programmes a été publiée récemment.⁵ Elle montre une hétérogénéité considérable dans les interventions, les populations, les processus et le devenir des patients considérés. Un impact positif sur la qualité des soins est toutefois constaté au moyen d'indicateurs aussi divers que le status fonctionnel, la durée de séjour, la mortalité, la satisfaction, la qualité de vie, voire les coûts de prise en charge.

L'anorexie mentale est une maladie complexe, chronique et susceptible d'être étudiée par une approche de type *disease management* : elle présente une composante ambulatoire et hospitalière, psychiatrique et somatique, et nécessite des compétences partagées. L'évolution d'un trouble du comportement alimentaire peut conduire à des situations critiques et menaçantes pour la survie. La survenue d'une baisse rapide du poids, une hypotension sévère ou des anomalies hydro-électrolytiques profondes et/ou modifications électrocardiographiques chez un(e) anorexique sont par exemple des indications formelles à hospitaliser ce(tte) patient(e) en milieu somatique. Une renutrition très prudente est requise pour éviter un «syndrome de renutrition» potentiellement mortel. Cette prise en charge complexe requiert les compétences de psychiatres particulièrement investis dans ces situations, d'internistes susceptibles de s'engager dans le contrôle somatique et biologique, de nutritionnistes, de personnel infirmier sensibilisés à la complexité de cette prise en charge, de diététiciens, de physiothérapeutes, et parfois même l'intervention d'aumôniers.^{6,7}



La prévalence de l'anorexie mentale est difficile à estimer car les populations évaluées sont très hétérogènes en termes de classe d'âge ou de proportion homme/femme. Néanmoins, sur la base de deux méta-analyses exhaustives publiées en 2003,^{8,9} on retient généralement une prévalence de 0,5-1,5% dans le groupe le mieux étudié, soit les femmes de 13-24 ans. Ceci correspond pour le Canton de Vaud à environ 700 patientes, les chiffres pour l'ensemble de la population étant inconnus.

L'anorexie mentale est une maladie grave dont plusieurs études permettent d'estimer la mortalité annuelle à environ 0,6%,^{10,11} ce qui correspond à un risque de décès dix fois supérieur à celui des populations contrôles. Le Service de médecine interne du CHUV est responsable de la prise en charge somatique de ces patient(e)s et c'est dans ce contexte hospitalier que la mise en place de réseaux de compétences partagés est instaurée entre psychiatres, internistes, nutritionnistes, infirmiers, physiothérapeutes et aumôniers. Ces hospitalisations sont typiquement difficiles à gérer et coordonner. D'une part, ces anorexiques peuvent requérir une hospitalisation urgente en raison d'un risque vital imminent, d'autre part ces situations peuvent être très déstabilisantes pour les équipes soignantes (médico-infirmières). En effet, au contact de ces patients, il est fréquent d'observer des clivages au sein de l'équipe, liés à un sentiment d'instrumentalisation, d'impuissance et de frustration. C'est la raison pour laquelle une approche intégrée avec une définition claire des interfaces et des devoirs de chaque partie a été mise en place en collaboration avec l'ensemble des acteurs impliqués.

L'HOSPITALISATION SOMATIQUE AIGUË AU CHUV

La situation actuelle permet d'accueillir quatre patients anorexiques en permanence, répartis dans quatre unités médico-infirmières différentes. En quinze mois, seize patients ont été hospitalisés à dix-neuf reprises, à des stades de dénutrition avancée (*body mass index* (BMI) d'admission moyen 13,9 kg/m²), nécessitant souvent des passages aux soins continus (40% des patients). Ces patients restent hospitalisés jusqu'à atteindre un poids de sortie fixé à l'entrée par l'équipe pluridisciplinaire (BMI moyen de sortie 16,7 kg/m²), ce qui nécessite de longues hospitalisations (en moyenne 66 jours, extrêmes 6 à 205 jours). Sept demandes d'hospitalisation ont dû être refusées, et trois patients sont en liste d'attente.

L'APPROCHE INTÉGRÉE

L'ensemble de l'approche se concentre sur le contrat de poids, qui est l'outil thérapeutique principal de la prise en charge du patient anorexique. Il est négocié entre patient et soignants, et la mesure régulière du poids corporel permet de mesurer le chemin parcouru et celui qui reste à faire avant de pouvoir envisager une sortie de l'hôpital et une nouvelle phase de traitement. Pour atteindre ce but, l'approche intégrée s'adresse à la fois aux besoins des soignants et à ceux des patients.

Pour les soignants, une procédure fixe les différentes étapes de la prise en charge du patient, qu'il soit en soins

continus ou en division (figure 1). Compte tenu de la dimension psychiatrique de la maladie, une interaction étroite avec la psychiatrie de liaison est d'emblée établie pour

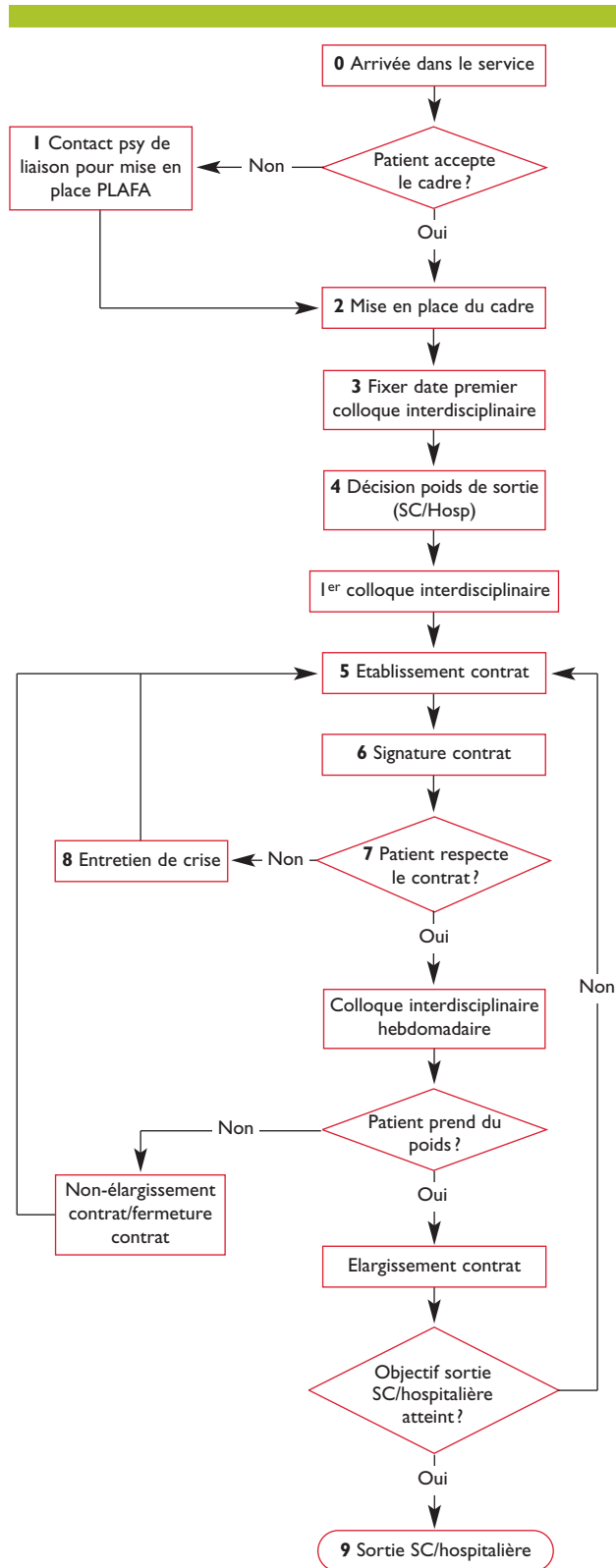


Figure 1. Algorithme résumant le déroulement de la procédure de prise en charge des patients anorexiques en milieu somatique aigu au CHUV



fixer un cadre de prise en charge, des colloques interdisciplinaires (entre psychiatres, internistes, infirmiers, diététiciens, physiothérapeutes et aumôniers), des critères de sortie, et un contrat de collaboration avec le patient. De même, des critères d'admission aux soins continus ont été établis sur la base du poids et des résultats des analyses de laboratoire. Les valeurs permettant la sortie des soins continus, voire de l'hôpital sont également fixées dès l'admission. Une place est aussi prévue pour les intervenants externes impliqués dans la prise en charge au long cours du patient, en particulier son médecin-traitant.

De plus, un protocole décrivant les buts, les participants, le déroulement du colloque interdisciplinaire, ainsi que ses

règles d'or et les activités nécessaires après le colloque font l'objet d'un protocole spécifique.

Pour les patients, un protocole d'information détaille les objectifs et les conditions de la prise en charge (tableau I pour un séjour aux soins continus). Ces différents points sont discutés lors du premier colloque interdisciplinaire et remplacés par un contrat thérapeutique de prise en charge médico-infirmière entre le patient et l'équipe des soins continus ou du Service de médecine. Ce contrat est revu chaque semaine. Une place est également prévue pour la famille et les proches du patient.

Finalement, l'activité des diététiciennes est également réglée par un protocole connu de tous, et l'activité fait l'ob-

Tableau I. Cadre de prise en charge médico-infirmière aux soins continus de médecine au CHUV

Introduction :

Vous allez être admis(e) dans le service des soins continus de médecine. Nous tenons à vous transmettre le cadre de prise en charge médico-infirmière mis en place dans notre service lors de votre hospitalisation. Vous serez pris(e) en charge par une équipe pluridisciplinaire (équipe soignante des soins continus, psychiatrie de liaison, unité de nutrition clinique et selon l'évolution d'autres partenaires à définir).

Une première rencontre interdisciplinaire aura lieu, au plus tard sept jours après votre entrée dans le service.

A l'issue de cette rencontre, le présent cadre sera remplacé par un contrat de prise en charge avec mise en place d'objectifs à atteindre pour la sortie des soins continus.

Objectifs

- Ils seront fixés à l'issue de la première rencontre interdisciplinaire qui aura lieu au plus tard sept jours après votre arrivée dans le service

Alimentation :

- Vous bénéficiez d'une visite hebdomadaire de la diététicienne (jours ouvrables uniquement, fixée par la diététicienne selon ses possibilités)
- Votre alimentation sera adaptée par la diététicienne selon votre situation nutritionnelle
- Vous prenez vos repas au lit aux heures habituelles. La durée de votre repas n'excède pas 30 minutes après avoir reçu votre plateau
- Vous restez au lit strict
- Le/la soignant(e) qui débarrasse votre plateau contrôle, en fin de repas, ce qui y reste et prend note de ce que vous avez mangé
- Vous ne mangez que la nourriture fournie sur les plateaux et ne faites pas de réserve de nourriture (sauf les collations définies par la diététicienne, selon planification) ou de médicaments dans votre table de nuit
- Vous recevez un complément alimentaire nocturne par sonde naso-gastrique
- La quantité de vos apports liquidiens est prescrite par le médecin

Toilette :

- Vous faites votre toilette au bord du lit

Habillement :

- Vous restez couvert(e) lorsque vous êtes au lit (couverture et drap, si fenêtre ouverte)
- La journée, vous portez un pantalon long, des chaussettes et un pull à longues manches

Mobilisation :

- Vous restez au lit strict

Visite :

- Vous recevez vos visites (maximum deux personnes à la fois), aux soins continus avec l'accord de l'équipe soignante, exclusivement pendant les heures de visite du service (de 13h30-15h00 et de 19h00-20h00)

WC :

- Vous utilisez la chaise percée à côté du lit

Divers :

- A l'exception des périodes de soins, les rideaux autour de votre lit restent ouverts

Traitement médicamenteux :

- Les médecins du service décident de votre traitement médicamenteux

Mesures spécifiques :

- Contrôle du poids une fois par jour, le matin, à jeun et en sous-vêtements

CHUV DMI le.....

Pr chef de service:.....

Infirmier chef de service:.....



jet d'un recueil de données systématique, permettant d'établir un bilan en tout temps.

CONDITIONS NÉCESSAIRES À CE TYPE D'APPROCHE

La littérature retient six composants essentiels et sept prérequis pour la mise en œuvre et l'exploitation de ce type d'approche intégré.⁵ Parmi les six composants, le premier concerne l'éducation du patient et la fourniture d'un support de prise en charge; le deuxième, la mise en œuvre d'un suivi clinique structuré; le troisième, l'existence d'un système de gestion des cas individuels; le quatrième, l'existence d'une équipe pluridisciplinaire; le cinquième, l'utilisation d'une approche systématique de type médecine basée sur les preuves; et le dernier, l'existence d'un système de feedback, rappel et de formation pour les soignants.

Parmi les prérequis figurent l'existence d'un système d'information clinique permettant de mettre à disposition l'information en tout temps; l'existence d'un centre spécialisé; la prise de conscience d'une mission partagée ou intégrée entre les différents professionnels impliqués; l'implication de leaders ayant une vision des soins intégrée; la mise à disposition de ressources financières pour la mise en œuvre et l'exploitation de la prise en charge intégrée; l'implication des patients et une culture d'amélioration de la qualité.

L'ensemble de ces paramètres était présent dans le Service de médecine interne au moment du développement de cette approche intégrée.

DISCUSSION

Ce type d'approche intégrée présente une utilité pour tous: les tâches, les droits et les devoirs de chacun y sont spécifiés. L'existence de protocoles permet de mettre en évidence les lacunes et les déviations dans la prise en charge et ainsi d'élaborer des actions correctives et préventives ciblées.

Le travail en interdisciplinarité, par le biais des rencontres hebdomadaires planifiées, enrichit les connaissances et le savoir du groupe dans un domaine spécialisé et permet une régulation à travers la supervision d'équipe.

Les protocoles permettent d'intégrer les données les plus récentes de la littérature selon une approche «basée sur les preuves» ou l'évidence, voire d'identifier les domaines d'incertitude, qui pourraient faire l'objet de protocoles de recherche ciblés pour l'acquisition des données manquantes.

Le recueil de données d'activité spécifique concernant les caractéristiques des patients et les indicateurs d'activité et de résultats permet d'envisager dans un deuxième temps une évaluation d'efficacité et de coûts du système.

La mise en œuvre et l'exploitation d'une approche intégrée peuvent également servir d'exemple pour son élargissement à d'autres types de prise en charge complexes et multidisciplinaires ou la mise en œuvre de ce type d'approche dans d'autres services. C'est ainsi que l'expérience pilote de l'anorexie mentale adulte introduit une culture

de soin qui pourrait être répliquée pour la prise en charge d'autres pathologies complexes, notamment lorsqu'elles nécessitent une interaction importante entre les psychiatres et les somaticiens, comme la toxicomanie. Le Service de pédiatrie a également adapté les documents existant pour les adultes aux spécificités des enfants et utilise le même type d'approche. Finalement, un projet d'extension à la prise en charge de la composante hospitalière psychiatrique est en route dans notre établissement.

Cette approche est parfaitement compatible avec les tendances actuelles qui tendent à intégrer évidence, qualité et coûts pour définir la meilleure prise en charge possible des patients dans le système de santé, ici en hospitalisation. ■

Ce que l'on savait déjà

- > La prise en charge des patients devient de plus en plus complexe et multidisciplinaire et nécessite coordination et collaboration des différents soignants impliqués
- > Les approches intégrées améliorent la qualité de prise en charge dans les maladies chroniques comme le diabète, l'insuffisance cardiaque ou l'accident vasculaire cérébral
- > L'anorexie mentale est une maladie complexe de par ses composantes psychiatrique et somatique, aiguë et chronique
- > Sa prise en charge s'effectue typiquement par étapes, combinant une composante ambulatoire et hospitalière, psychiatrique et somatique

Ce que ce projet apporte

- > La définition d'interfaces entre les différents soignants impliqués dans la prise en charge de l'anorexie mentale adulte, et le partage de connaissances et d'expériences
- > Une prise en charge univoque et un projet thérapeutique clairement établi par et pour tous
- > Une meilleure définition des tâches, droits et devoirs spécifiques de chaque partenaire
- > Des possibilités de développement pour effectuer des analyses d'efficacité et de coûts
- > Un modèle pour l'extension de ce type d'approche à d'autres prises en charge complexes et multidisciplinaires et d'autres services de notre institution.



Adresses

Dr Jean-Blaise Wasserfallen, Direction médicale
Dr Isabelle Lyon-Pagès
Yves Dorogi, infirmier spécialiste clinique
Service de psychiatrie de liaison
Olivier Amiguet, infirmier chef d'unité de soins
Claire Zurkinden, infirmière clinicienne
Pr Gérard Waeber
Service de médecine interne

CHUV, 1011 Lausanne
jbw@chuv.ch
isabelle.lyon-pages@chuv.ch
yves.dorogi@chuv.ch
olivier.amiguet@chuv.ch
claire.zurkinden@chuv.ch
gerard.waeber@chuv.ch

Bibliographie

- 1 Renders CM, Wagner EH, et al. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art No. CD001481. DOI: 10.1002/14651858. CD 001481.
- 2 Rich MW. Heart failure disease management: A critical review. J Card Fail 1999;5:64-75.
- 3 Windham BG, Bennett RG, Gottlieb S. Care management interventions for older patients with congestive heart failure. Am J Manag Care 2003;9:447-59.
- 4 Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No. CD000197. DOI: 10.1002/14651858. CD 000197.
- 5 ** Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, et al. Integrated care programmes for chronically ill patients: A review of systematic reviews. Int J Qual Health Care 2005;17:141-6.
- 6 ** Fairburn CG, Harrison PJ. Eating Disorders. Lancet 2003;361:407-16.
- 7 * Tric L, Agman G, Tran D, et al. Prise en charge de l'anorexie mentale en réanimation. Reanimation 2004; 13:407-16.
- 8 Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eat Disord 2003;34:383-96.
- 9 Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. Psychol Bull 2003;129:747-69.
- 10 Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, Crosby R. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: Clinical course and outcome. Psychol Med 1995; 25:143-56.
- 11 Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1995;152:1073-4.

* à lire

** à lire absolument