



Fusions des unités de soins intensifs adultes à Genève et Lausanne : une révolution culturelle ?

En 2002, il a été décidé d'unifier les unités de soins intensifs de médecine et de chirurgie de l'Hôpital universitaire de Berne. Le même processus est en cours dans les hôpitaux universitaires de Lausanne et Genève. Pendant ce temps, six unités de soins intensifs destinées aux adultes fonctionnent simultanément à l'Hôpital universitaire de Zurich : médecine interne, chirurgie viscérale, cardiaque, neurochirurgie, traumatologie, centre des brûlés. Que faut-il penser de modèles d'organisation si différents ? Suivent-ils la même logique ou sont-ils fondés sur des approches différentes de la place et de l'organisation de la médecine intensive dans l'institution hospitalière ?

LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS POUR ADULTES DU CHUV ET DES HUG

C'est largement l'histoire locale et l'enthousiasme de médecins intéressés par la médecine intensive encore balbutiante qui ont conditionné l'apparition des premières unités de soins intensifs dans notre pays. Rappelons que la médecine intensive est née après la Seconde Guerre mondiale, à la suite de l'apparition dans l'hôpital, de besoins nouveaux pour la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance respiratoire (polyomyélite), d'infarctus du myocarde ou de lésions traumatiques (guerre de Corée). Ces patients nécessitaient des techniques hautement spécialisées pour traiter les défaillances de leurs fonctions vitales (ventilation artificielle, support cardiovasculaire). Il fallait dès lors disposer en permanence de personnel spécialisé capable de maîtriser des situations et des équipements complexes. D'abord dispersés dans l'hôpital, les lits de soins intensifs ont rapidement été regroupés dans des unités spécialisées.

A Lausanne, cette démarche conduit à l'ouverture de deux unités dans le Service de médecine interne, suivie par une unité neurochirurgicale puis de chirurgie dans les années soixante, puis par les Soins intensifs de neurochirurgie et de chirurgie, dans les années septante. A Genève, c'est en 1972 qu'étaient créés les Soins intensifs de médecine et, peu après, les Soins intensifs chirurgicaux. A Genève et à Lausanne, les structures de soins intensifs furent tout d'abord intégrées dans leurs «disciplines mères», la médecine interne et la chirurgie ou l'anesthésiologie. Ce n'est que plusieurs décennies plus tard qu'elles ont acquis une indépendance avec un statut de service hospitalier, statut cohérent avec l'apparition d'un titre FMH «Médecine intensive» plein et entier. La reconnaissance facultaire du travail accompli en recherche dans ce domaine, désormais spécifique, est survenue simultanément à celle des hôpitaux, puisque plusieurs titres professoraux ont été attribués aux médecins qui dirigent ces structures de soins intensifs.

Le développement initial des unités de soins intensifs a donc suivi une double logique : polyvalence (soins intensifs de chirurgie et médecine) et spécialisation (unités respiratoire, coronaire, neurochirurgie). En fait, c'est beaucoup plus l'intérêt des dirigeants médicaux pour cette nouvelle spé-

Articles publiés
sous la direction des professeurs



René L. Chioléro

Chef de service, Soins intensifs
de chirurgie
CHUV, Lausanne

**Jean-Claude
Chevrolet**

Médecin-chef, Service des soins
intensifs de médecine
HUG, Genève



cialité, la médecine intensive, qui a conduit au découpage de ces unités que les besoins spécifiques des spécialités médicales. Par la suite, la définition de critères de reconnaissance par la Société suisse de médecine intensive a conduit à la disparition de certaines petites unités. La fermeture de l'unité neurochirurgicale de soins intensifs à Lausanne en 1984, absorbée sans problème par l'unité de soins intensifs chirurgicaux polyvalents, illustre ce processus.

Durant les vingt dernières années, deux types d'organisation des unités de soins intensifs ont donc coexisté dans notre pays. Premièrement, l'unité polyvalente de soins intensifs, médicale, chirurgicale ou médico-chirurgicale, centrée sur les besoins spécifiques de la médecine intensive et ses contingences : une telle approche considère la médecine intensive pour adultes comme une spécialité indivisible. Ensuite, l'unité spécialisée de soins intensifs, centrée sur un domaine de la médecine intensive, où les besoins spécifiques d'une population donnée de patients (neurologie/neurochirurgie, cardiologie/chirurgie cardiaque, traumatologie, brûlés, transplantation, etc.) sont considérés comme prioritaires. Cette approche considère que la médecine intensive gagnerait à être divisée en sous-spécialités.

Dès les années 1990, de nouvelles contingences sont apparues dans la pratique médicale, en particulier la nécessité de contrôler l'explosion des coûts médicaux et la prise de conscience de l'importance de la qualité des prestations médicales. Ceci a produit un bouleversement non seulement dans cette pratique médicale, mais également dans les systèmes d'organisation hospitalière. Les spécialistes en gestion administrative et en ressources humaines, en planification, en épidémiologie et en évaluation de la qualité ont progressivement modifié le fonctionnement de l'ensemble des spécialités médicales. Cela est particulièrement vrai pour la médecine intensive, si coûteuse (environ 4000 CHF la journée de traitement), si propice aux incidents critiques et aux complications iatrogènes. Ce changement profond de l'environnement hospitalier est à l'origine de la réflexion actuellement conduite dans la plupart des grands hôpitaux de notre pays sur l'organisation des unités de soins intensifs.

IMPORTANCE DE L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE INTENSIVE : POLYVALENCE OU SPÉCIALISATION

L'organisation de l'unité de soins intensifs constitue un déterminant majeur de la qualité des prestations et des coûts. Plusieurs études montrent l'importance de travailler en unités fermées, caractérisées par une équipe médicale et infirmière dédiée à la prise en charge des patients.¹ Dans une telle organisation, le chirurgien et l'interniste ne sont pas les médecins traitants, ils sont des consultants. La qualification des équipes médicales et infirmières joue un rôle important. La présence d'un réanimateur spécialisé est associée à une amélioration significative de la performance de l'unité de soins intensifs : mortalité, complications iatrogènes, durée de séjours et coûts sont tous améliorés par l'intensiviste dans plusieurs études récentes.^{2,3} L'organisation d'une visite quotidienne des patients par un intensiviste est associée à une amélioration de la survie des patients avec des défaillances d'organes, de la durée de l'hospitalisation et de la réduction des coûts.⁴

Ces données justifient à l'évidence la reconnaissance de la médecine intensive en tant que spécialité à part entière, comme c'est le cas depuis 2001 dans notre pays. Elles montrent également l'intérêt de développer une organisation hospitalière qui encourage la professionnalisation de cette spécialité. Ce processus est favorisé par le regroupement des unités de



soins, car il augmente la masse critique, en particulier le nombre de médecins spécialisés : comment organiser une permanence de la compétence sans disposer d'un nombre suffisant de spécialistes ? Cet objectif, réalisé depuis plus de vingt ans chez les soignants infirmiers, doit maintenant être considéré comme hautement prioritaire pour les équipes médicales spécialisées, engagées jour et nuit dans la prise en charge des patients.

La maîtrise des coûts constitue un autre argument qui a accéléré les regroupements dans les hôpitaux universitaires suisses. Soulignons que la question des coûts n'est pas triviale lorsqu'il s'agit des soins intensifs dont les dépenses s'élèvent à 10-20% des dépenses hospitalières totales, selon la grandeur et le type d'activité de l'hôpital. Une petite unité, exploitant moins de 8-10 lits de soins, est exposée à des surcoûts inévitables. Comment absorber les maladies des soignants, les à-coups d'exploitation liés aux urgences, sans augmenter la dotation infirmière ? Comment assurer la permanence de la compétence de l'équipe médicale sans augmenter la dotation en spécialistes ni recourir à des non-spécialistes, moins aptes à assurer la qualité ?

Ces considérations ont favorisé le regroupement des unités de soins intensifs dans les grands hôpitaux, avec pour objectif de favoriser la professionnalisation de l'équipe médicale et de réduire les coûts. D'autres arguments ont concerné la formation médicale et la recherche, toutes deux favorisées par l'augmentation de l'activité et la taille de l'unité de soins.

CONTINGENCES DE L'UNITÉ POLYVALENTE

La question de la spécificité du savoir médical en soins intensifs médicaux et chirurgicaux a suscité beaucoup de réflexions et parfois des émotions dans les commissions chargées de repenser la structure des soins intensifs à Genève et Lausanne. Comment balancer l'importance du savoir spécifique de médecine intensive face aux connaissances des branches de base (médecine interne et ses spécialités, chirurgie et ses spécialités) nécessaires à la prise en charge des patients de soins intensifs ? L'expérience acquise dans de nombreux hôpitaux où un regroupement d'unités de soins intensifs a été effectué (en Suisse Berne, en Belgique, Liège et Bruxelles, d'autres en France et au Canada), semble indiquer que le domaine commun de la médecine intensive prédomine sur ses aspects spécifiques en médecine interne ou chirurgie.

La question des domaines spécifiques de la médecine intensive (neurologie/neurochirurgie, cardiologie/chirurgie cardiaque, traumatologie, brûlés, transplantation, etc.), importante en hôpital universitaire, reste toutefois posée. La neuro-réanimation apporte des réponses intéressantes à cette question. Des données montrent que la présence de neuro-réanimateurs et d'infirmières formées dans la neuro-réanimation améliore la qualité de la prise en charge des patients souffrant de défaillance cérébrale aiguë. Elle réduit la mortalité, la durée des séjours et les coûts en comparaison avec l'unité polyvalente de réanimation.⁵ Ceci illustre la nécessité de disposer dans l'équipe polyvalente de médecins et d'infirmières formés en neuro-réanimation. Cela est également valable dans d'autres domaines très spécifiques de la médecine intensive. L'organisation de l'unité polyvalente de soins intensifs doit tenir compte de ces contingences en développant des formations spécifiques pour une partie du personnel médical et infirmier. Dans les très grands hôpitaux qui ont développé des pôles de compétence, on peut concevoir des unités spécialisées dans un domaine particulier de la médecine intensive, pour autant que leur activité soit suffisante pour permettre une professionnalisation des équipes médicales et infirmières sans augmenter les coûts de fonctionnement.



Bibliographie

- 1 Hanson CW, Deutschman CS, Anderson HL, et al. Effects of an organized critical care service on outcomes and resource utilization: A cohort study. *Crit Care Med* 1999;27:270-4.
- 2 Dimick JB, Pronovost PJ, Heitmiller RF, et al. Intensive care unit physician staffing is associated with decreased length of stay, hospital cost, and complications after esophageal resection. *Crit Care Med* 2001;29:753-8.
- 3 Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients. *JAMA* 2002;288:2151-62.
- 4 Pronovost PJ, Jenckes MW, Dorman T, et al. Organizational characteristics of intensive care units related to outcomes of abdominal aortic surgery. *JAMA* 1999;281:1310-7.
- 5 Suarez JJ, Zaidat OO, Suri MF, et al. Length of stay and mortality in neurocritically ill patients: Impact of a specialized neurocritical care team. *Crit Care Med* 2004;32:2311-7.

CONCLUSION

Le regroupement des unités de soins intensifs adultes dans les grands hôpitaux suisses constitue une véritable révolution culturelle. Elle représente une démarche logique, qui favorise la professionnalisation de l'équipe médicale et la réduction des coûts. Elle implique une démarche de formation dans des domaines spécifiques de la médecine intensive.

Récemment, deux grandes figures de la réanimation se sont exprimées à ce sujet. Leurs propos ont été repris dans le journal d'entreprise des Hôpitaux universitaires de Genève (*Pulsations*, octobre 2005, p. 12). Le Pr Jean-Louis Vincent, de l'Hôpital universitaire Erasme, à Bruxelles, estime que : « (...) en caricaturant quelque peu, on peut dire qu'à l'avenir, les hôpitaux seront de grandes unités de soins intensifs avec quelques lits autour, parce qu'il y aura plus d'hôpitaux de jour, de traitements ambulatoires et des séjours très courts ». Quant au Pr Luciano Gattinoni, chef de service à l'Ospedale Maggiore de Milan, il affirme lui aussi que les soins intensifs sont devenus « un pilier fondamental des hôpitaux modernes (...) et qu'au vu du coût (engendré) par ces services, on arrivera inévitablement à la concentration des ressources. (...) Le résultat des thérapies intensives dépend du nombre de patients d'une certaine gravité qui arrivent à l'hôpital. »

René L. Chioleró et Jean-Claude Chevrolet