

Patients en situation complexe aux soins intermédiaires de médecine interne

Exemple d'interprofessionnalité

Dr MALIK BENMACHICHE^{a,*}, MORGAN GERTSCH^{b,*}, FABRICE GIORDANO^{c,*} et VIRGINIE CLAIVAZ^{d,*}

Rev Med Suisse 2022; 18: 2213-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2213

La prise en charge des patients en situation complexe est un défi tant en ambulatoire qu'à l'hôpital. La complexité d'un patient varie dans le temps et selon le lieu de prise en charge, nécessitant des intervenants multiples, avec des guidelines rarement applicables. De par leur atteinte multisystémique et le besoin d'une approche «sur-mesure», ces patients sont souvent hospitalisés dans des services de médecine interne. L'Unité des soins intermédiaires de médecine du CHUV est régulièrement confrontée à des situations complexes, face auxquelles le système de santé n'est pas toujours armé, générant des frustrations. Le développement du travail en réseau interprofessionnel au sein de l'équipe, à travers des points de discussion réguliers et un colloque hebdomadaire, a permis d'améliorer ces prises en charge et la satisfaction des équipes.

Patients in complex situation in internal medicine intermediate care unit An example of interprofessionality

Taking care of patients in complex situation is a challenge as well in outpatient clinics as in hospital settings. Patient complexity varies over time and according to the place of treatment, requiring multiple actors, and usual guidelines are rarely applicable. As multiple organ systems are involved and the need for a "tailored" approach, these patients are often hospitalized in general internal medicine wards. At the CHUV, the internal medicine intermediate care unit is regularly confronted to complex patient situations, for which the health system is not always prepared, thus generating frustrations. The development of improved interprofessional collaboration, through regular exchanges and weekly meetings, has improved care plans and team satisfaction.

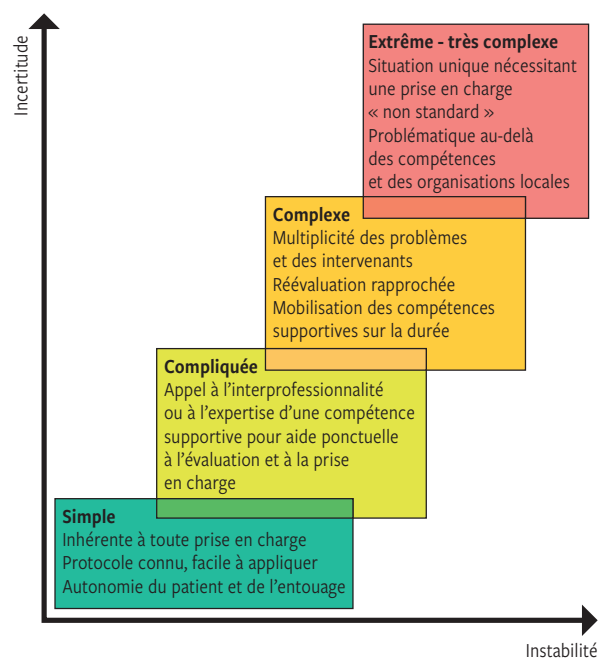
INTRODUCTION

Définir la complexité en médecine n'est pas aisé. Selon une revue narrative,¹ les définitions sont hétérogènes et non transposables à tous les milieux de soins, partant parfois du concept de multimorbidité²⁻⁴ ou se basant sur des évaluations

(par exemple, INTERMED,⁵ Rehabilitation Complexity Scale - Acute).⁶ Un point ressort de la littérature: étudier la complexité est complexe.⁷

Les caractéristiques des systèmes complexes impliquent de nombreux composants, interagissant à plusieurs niveaux, présentant des comportements communs mais potentiellement instables et imprévisibles en raison de dynamiques singulières, et nécessitant une gestion en réseau.⁸ Ceci se retrouve dans le système de santé et dans les difficultés de prise en charge de certains patients, générant des frustrations tant pour les patients que pour les soignants. La **figure 1** résume les différents niveaux de complexité. Il est important de relever que c'est la situation et non le patient qui est complexe.⁹ En effet, les seuils de complexité dépendent non seulement du patient et de sa situation clinique mais aussi du lieu et du contexte de prise en charge, de l'expertise médicothérapeutico-soignante et peuvent évoluer dans le temps.⁸ La

FIG 1 Gradation des différents niveaux de complexité



(Adaptée de réf. 8).

^aService de médecine interne, Département de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bErgothérapeute clinicien spécialisé, Service d'ergothérapie, Département des soins, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^cPhysiothérapeute clinicien spécialisé, Département de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^dInfirmière clinicienne spécialisée, Service de médecine interne, Département de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne malik.benmachiche@chuv.ch | morgan.gertsch@chuv.ch | fabrice.giordano@chuv.ch virginie.claivaz@chuv.ch

*Tous les auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

majorité des articles parlant de complexité en médecine se concentre sur le monde ambulatoire. Cependant, une situation peut être complexe en ambulatoire et moins en hospitalier, ou inversement.

Différents facteurs contribuent à la complexité.^{1,10,11} Certains sont en lien directement avec le patient:

- La multimorbidité et la fragilité liées aux pathologies somatiques. Les interactions des pathologies entre elles, nécessitant des prises en charge contradictoires, rendent les recommandations de prise en charge inapplicables.
- Les pathologies psychiatriques, abus de substances, troubles du comportement, troubles cognitifs.
- Les aspects non médicaux: littératie en santé, niveau socio-économique, lieu de vie (par exemple, sans domicile fixe, prison), barrières linguistiques, choix/croyances du patient, influence des proches.

D'autres sont en lien avec le système de santé:

- L'écart entre les besoins de l'individu et les capacités du système à y répondre. Exemple: manque de lieux de vie adaptés aux patients atteints de maladies neurodégénératives telle que la sclérose latérale amyotrophique.
- Le cloisonnement du système de santé et la fragmentation des prestations de soins.
- L'absence de reconnaissance du travail de réseau et de coordination en ambulatoire (impossibilité de facturer une réunion entre plusieurs intervenants)¹¹ et en hospitalier (système DRG centré sur des codes diagnostics).¹²

Les patients en situation complexe nécessitent une prise en charge individualisée.¹³ Le travail de réseau et de coordination entre les différents intervenants est fondamental afin de favoriser l'unification des objectifs thérapeutiques.¹⁴ Cet article a pour but de présenter l'approche de cette thématique dans le milieu spécifique des soins intermédiaires de médecine interne du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

VIGNETTE CLINIQUE (première partie)

Mme B., 34 ans, mariée et mère d'une fille de 2 ans, enceinte à 34 semaines d'aménorrhée, a présenté un choc hémorragique sur une rupture d'un pseudo-anévrisme de l'artère splénique, compliqué d'un arrêt cardiorespiratoire et du décès du bébé. Une prise en charge chirurgicale et de réanimation lourde permet une stabilisation sous assistance respiratoire et circulatoire aux soins intensifs, où elle séjourne durant 4 semaines. Le sevrage ventilatoire est compliqué, motivant la réalisation d'une trachéotomie. Mme B. développe de nombreuses autres complications: AVC multiples, anasarque postréanimation avec ascite et épanchements pleuraux, pneumonie, thromboses multiples, section iatrogène de l'uretère droit avec nécessité de mise en place d'une sonde JJ, œsophagite ischémique. À son admission aux soins intermédiaires de médecine, la patiente est sevrée du ventilateur mais trachéotomisée avec des troubles de la déglutition. Elle présente une encéphalopathie avec un ralentissement psychomoteur, des déficits suite aux AVC avec un hémisyndrome moteur complet facio-brachio-crural gauche, une hémiparésie et une hémianopsie latérale homonyme, une myopathie de maladie critique avec un déficit de force à M3 du côté droit, une insuffisance respiratoire hypoxémique sur des épanchements

pleuraux et une pneumonie et des escarres multiples. Elle est alimentée par sonde nasogastrique, est porteuse d'une sonde vésicale et d'accès veineux et est à risque d'état dépressif réactionnel en raison de sa situation globale et de la perte de son bébé.

PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS COMPLEXES AUX SOINS INTERMÉDIAIRES DE MÉDECINE

Un point interprofessionnel rapide entre infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes et médecins, réalisé auprès de tous les patients de l'unité trois fois par semaine, permet de définir des objectifs de soins et de rééducation à court terme (< 48 heures). En complément, certains patients sont définis comme étant en situation complexe, selon la gradation présentée dans la **figure 1**, lors de:

- Difficulté à réaliser l'ensemble des soins nécessaires sans coordination et objectifs communs sur le moyen terme (intervenants multiples).
- Inapplicabilité des algorithmes standards, nécessitant du «sur mesure».

Pour ces situations, les cadres et cliniciens spécialisés des professions précitées ont mis en place un colloque hebdomadaire de coordination interprofessionnelle de prise en charge.

COLLOQUE INTERPROFESSIONNEL HEBDOMADAIRE Buts

Le colloque répond à plusieurs objectifs: réaliser un point sur l'évolution clinique des patients, les objectifs atteints et restants, assurer la continuité des soins, déterminer collégialement le projet de soins et l'orientation post soins aigus en identifiant précocement les difficultés organisationnelles. Ce temps d'échange permet une coordination et une synergie autour de décisions formalisées documentées dans le dossier de soins.¹⁵ La synthèse des informations discutées au colloque favorise l'accessibilité à l'information à l'ensemble de l'équipe. Les bénéfices espérés sont en lien avec les patients (identification précoce des besoins, diminution de la durée de séjour et des événements indésirables) et avec les professionnels (satisfaction, utilisation adéquate des différentes expertises, formation continue).

Participants

Lors de chaque colloque, ergothérapeutes, équipe soignante, médecins et physiothérapeutes se réunissent. Selon la situation, d'autres intervenants peuvent être intégrés: diététicien, accompagnant spirituel, direction médicale, médecins et infirmiers spécialistes, thérapeutes complémentaires (par exemple, hypnose), infirmier de liaison, équipe médico-soignante intra et/ou extrahospitalière continuant le suivi du patient après les soins intermédiaires.

Conjointement aux soignants de proximité, les cadres et cliniciens spécialisés ergothérapeutes, infirmiers, médecins et physiothérapeutes contribuent à la discussion. Les chefs d'unité s'assurent de la gestion optimale des ressources

humaines et matérielles. Le médecin cadre et les cliniciens spécialisés identifient les situations et coordonnent leur prise en charge. Avec leur proximité sur le terrain et leur expertise clinique, ils évaluent les besoins du patient et de ses proches en intégrant leurs préférences et leurs valeurs, pour les ajuster aux objectifs interprofessionnels.

Organisation et structure

Au maximum trois patients en situation complexe sont discutés pour des raisons organisationnelles. La **figure 2** présente la trame prédéfinie du colloque, élaborée sur la base des besoins des soignants et des patients de l'unité, des expériences professionnelles et de la littérature. Le colloque est préparé en amont par les différents professionnels selon leurs observations, interventions et réflexions afin que la rencontre soit dédiée aux échanges, avec une réflexion clinique de qualité. À la suite de la rencontre, une synthèse du colloque est transmise au patient.

FACTEURS CLÉS POUR LA RÉUSSITE DE L'INTERPROFESSIONNALITÉ

L'ensemble des professionnels collabore dans une approche centrée sur le patient. Chacun connaît les rôles et responsabilités des différents intervenants, tout en identifiant la plus-value des compétences de chaque profession. Une communication respectueuse permettant l'expression de tous les points de vue est essentielle.

VIGNETTE CLINIQUE (fin)

De nombreux professionnels sont impliqués durant le mois d'hospitalisation aux soins intermédiaires afin d'initier une rééducation précoce et d'accompagner la patiente et sa famille dans le processus de guérison: médecins (principalement internistes, psychiatres, neurologues), équipes soignantes de l'unité et spécialisées (cellule plaie, psychiatrie), physiothérapeutes (rééducation fonctionnelle, physiothérapie respiratoire), ergothérapeutes (rééducation des activités de la vie quotidienne; appareillages), logopédistes (rééducation de la

parole et de la déglutition), thérapeute complémentaire (hypnose), diététicien, accompagnant spirituel. Un programme journalier adapté à l'état clinique de la patiente est établi chaque matin au cours d'une rencontre entre les principaux intervenants pour éviter les collisions entre les thérapies et les visites de ses proches. Il est ensuite affiché en chambre. Un point hebdomadaire plus large avec l'ensemble des professionnels permet de partager l'évolution de la patiente, tout en planifiant des objectifs communs.

TABLEAU 1 Caractéristiques des patients

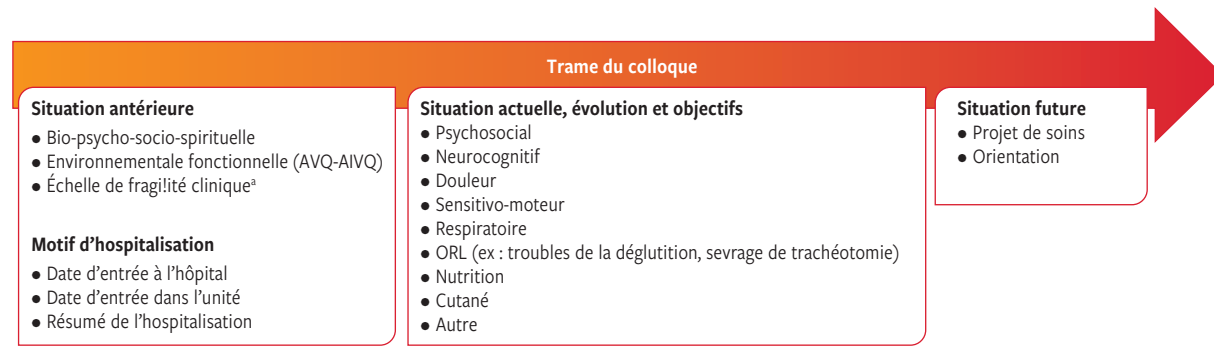
Patients en situation complexe aux soins intermédiaires de médecine discutés lors du colloque interprofessionnel, séjours terminés entre le 1^{er} février 2021 et le 31 juillet 2022 (total = 53 situations).

^a Combinaison de complications acquises durant un séjour prolongé aux soins intensifs telles que faiblesse acquise aux soins intensifs sévère, encéphalopathie, troubles de la déglutition, insuffisance respiratoire, sevrage de trachéotomie, trouble anxio-dépressif, etc.; ^b Par exemple, sclérose latérale amyotrophique, myopathies congénitales, sclérose en plaques et autres maladies neuromusculaires évolutives rares; ^c Par exemple, séquelles de traumatisme crânien, encéphalopathie postanoxique, AVC, infirmité motrice cérébrale congénitale.

| Variables | Médiane (extrêmes) | n (% du total) |
|--|--------------------|----------------|
| Âge (années) | 60 (18-84) | |
| Sexe masculin | | 35 (66) |
| Durée de séjour aux soins intermédiaires de médecine (jours) | 15,2 (2,2-60,8) | |
| Durée de séjour à l'hôpital (jours) | 51,4 (6,9-190,1) | |
| Motif principal d'hospitalisation aux soins intermédiaires | | |
| • Syndrome post-soins intensifs sévère ^a | | 30 (57) |
| • Polyhandicap sur maladie neurodégénérative évolutive avec insuffisance respiratoire ^b | | 9 (17) |
| • Polyhandicap sur séquelles neurologiques avec insuffisance respiratoire ^c | | 4 (7) |
| • Syndrome douloureux réfractaire | | 2 (4) |
| • Atteinte multiorganique et déconditionnement majeur | | 6 (11) |
| • Atteinte multiorganique, déconditionnement et situation sociale complexe | | 2 (4) |

FIG 2 Trame prédéfinie du colloque

^a Échelle de fragilité clinique (clinical frailty scale), gradée de 1 à 9 (> 4 correspondant à un patient fragile). AIVQ: activités instrumentales de la vie quotidienne; AVQ: activités de la vie quotidienne.



DISCUSSION

De février 2021 à juillet 2022, 53 situations complexes ont été incluses (3 correspondent à des réhospitalisations de patients dans l'unité). Leurs caractéristiques sont présentées dans le **tableau 1**. Alors que certaines situations ont été discutées uniquement à un colloque, la majorité l'ont été durant plusieurs semaines. En effet, la durée médiane de séjour des patients en situation complexe aux soins intermédiaires est de 15,2 jours (durée moyenne de séjour de l'ensemble des patients au sein de l'unité: 3,6 jours).

Bien qu'aucune étude n'ait été réalisée pour prouver la plus-value de cette approche, différents bénéfices ont été observés sur le terrain. Le premier concerne l'accès facilité à l'information pour l'ensemble des professionnels grâce à un formulaire commun de synthèse dans le dossier patient. De plus, ce formulaire facilite la continuité des soins lors de transfert intra ou extrahospitalier ou lors de réhospitalisation. Deuxièmement, une précocité de prise en charge et une gestion globale du projet sont favorisées par l'identification rapide des situations et l'implication anticipée des différents intervenants (soins, thérapies), y compris de la direction médicale pour le suivi global du parcours hospitalier du patient. Finalement, les différents témoignages des patients, de leur entourage et des professionnels impliqués dans la situation montrent que cette nouvelle organisation interprofessionnelle apporte satisfaction.

Néanmoins, ce projet présente certaines limitations. La principale est l'aspect organisationnel lié à la difficulté à regrouper un grand nombre de professionnels simultanément. L'inclusion d'un nombre limité de situations par semaine implique que certains patients non priorisés en fonction du degré de complexité ne peuvent bénéficier de ce suivi spécifique. Finalement, l'intégration du patient, acteur à part entière de sa prise en charge, uniquement au travers d'une discussion en amont du colloque et d'un retour synthétique,

est également une limite à considérer. La participation du patient, ou de ses proches, au colloque, nécessite une réflexion plus approfondie.

CONCLUSION

La complexité des situations doit être identifiée précocement, afin d'évaluer les besoins et de mettre en place les mesures adéquates. Malgré une organisation conséquente nécessitant du temps, cela ne doit pas être un frein mais un moteur à une collaboration interprofessionnelle précoce, incluant les soignants, thérapeutes et médecins. Une vision globale de la situation, avec les regards croisés des différents intervenants encadrés par des leaders (cliniciens spécialisés et cadres), ainsi que le partage des connaissances permettent un meilleur suivi du patient avec l'élaboration d'objectifs et d'un projet de soins communs. Notre projet interprofessionnel reste et restera toujours un défi à relever, mais comme le dit l'adage: «seul on va plus vite, ensemble on va plus loin».

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: Les auteurs remercient Mme Eliane Deschamps, cheffe de projet à la Direction médicale du CHUV, responsable «parcours patients complexes», pour la relecture de l'article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La complexité des situations varie en fonction du milieu de soin
- La gestion des situations complexes nécessite une prise en charge coordonnée en réseau interprofessionnel
- L'identification précoce d'une situation complexe et des difficultés liées à sa prise en charge permet la mise en place de soins adaptés à la singularité du patient
- Il est essentiel de favoriser l'expression et le respect mutuel des compétences de chaque intervenant

1 **Nicolaus S, Crelier B, Donzé JD, Aubert CE. Definition of patient complexity in adults: a narrative review. *J Multimorb Comorb*. Jan 2022;12:26335565221081288.
2 Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*. *Cochrane Database Syst Rev* [en ligne]. 15 Jan 2021;2021(5). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006560.pub4>
3 Perrier A, Cornuz J, Gaspoz JM, Waerber G. (How should we organize health care for multimorbidity patients?). *Rev Med Suisse*. 23 Jan 2013;9:174-81.

French.
4 Liechti FD, Beck T, Ruetsche A, et al. Development and validation of a score to assess complexity of general internal medicine patients at hospital discharge: a prospective cohort study. *BMJ Open*. Mai 2021;11:e041205.
5 Stiefel FC, de Jonge P, Huysse FJ, et al. INTERMED: a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *Gen Hosp Psychiatry*. Jan 1999;21:49-56.
6 Turner-Stokes L, Scott H, Williams H, Siegert R. The Rehabilitation Complexity Scale – extended version: detection of patients with highly complex needs. *Disabil Rehabil*. Mai 2012;34:715-20.
7 Whittle J, Bosworth H. Studying complexity is complex. *J Gen Intern Med*.

Déc 2007;22(S3):379-81.
8 *Pingaud H, Lamine E. Retour d'expériences en ingénierie des parcours de patients en situation complexe. *MOSIM'20 - 13^e Conférence Int Modélisation Optim Simul*. Nov 2020. Agadir (Online). Maroc. p. 8. Hal-03053698.
9 Curchod C. Les situations de soins complexes : un défi à relever pour les infirmières. *Repères conceptuels et outils d'intervention*. Paris: Seli Arslan; 2019.
10 Manning E, Gagnon M. The complex patient: a concept clarification. *Nurs Health Sci*. Mar 2017;19(1):13-21.
11 *Perone N, Schussel Fillietz S, Waldvogel F, et al. Identification du patient complexe pour une prise en charge interprofessionnelle. *Rev Med Suisse*. 2022;18(774):560-5.

12 Nardi R, Scanelli G, Corrao S, et al. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur J Intern Med*. Sept 2007;18(5):359-68.
13 Peek CJ. Integrating care for persons, not only diseases. *J Clin Psychol Med Settings*. Mar 2009;16(1):13-20.
14 Peek CJ, Baird MA, Coleman E. Primary care for patient complexity, not only disease. *Fam Syst Health*. 2009;27(4):287-302.
15 Matter M. L'interprofessionnalité : des synergies centrées sur le patient. *Rev Med Suisse*. 2018;14(608):1112.

* à lire
** à lire absolument