



Projet 18 du Programme national de recherche 74 «Système de santé»

Le séjour hospitalier raccourci par une collaboration interprofessionnelle optimisée

Alexander Kutz^a, Philipp Schuetz^a, Beat Müller^{a,b}

^a Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Aarau AG; ^b Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Metabolsimus, Kantonsspital Aarau AG

L'étude multicentrique In-HospiTOOL a pu montrer pour la première fois, sur un large collectif de patients multimorbides, qu'une collaboration interprofessionnelle ciblée, soutenue par une plateforme électronique d'interaction intégrée dans le système de documentation interne de la clinique, réduit la durée de séjour des patientes et patients de médecine interne complexe. En outre, la mortalité hospitalière ainsi que le taux de réadmissions inchangés soulignent la sécurité de l'intervention.

Contexte

Parallèlement à l'augmentation des traitements hospitaliers de patientes et patients âgés atteints de maladies chroniques au cours des dernières années, les exigences en termes d'accompagnement ne cessent

de croître. Cela est non seulement dû à l'évolution de la démographie des patients, mais aussi à l'introduction d'un forfait global par cas, ayant visiblement renforcé la pression sur les divers acteurs à l'hôpital. Il est depuis longtemps connu que le traitement de cette population fragile et vulnérable de patientes et patients est fragmenté et que leurs préoccupations ne sont souvent pas prises en considération. Par ailleurs, il n'existe guère d'évidence sur la manière de contrer cette complexité [1]. Même si plusieurs projets visant la promotion de la collaboration interprofessionnelle ont tenté d'encourager le traitement centré sur le patient et la planification des sorties ainsi que de créer un niveau équitable d'interaction entre les professions, nombre d'entre eux ont échoué du fait de conflits interprofessionnels et d'une répartition inégale des autorités [2, 3]. Bien que certaines approches basées sur l'équipe aient montré des résultats parfois prometteurs [4–6], de nombreux hôpitaux ne disposent pas d'une planification standardisée des sorties, ce qui a pour conséquence qu'un éventuel besoin de soins de suivi n'est pas détecté, ou seulement de manière tardive. C'est pourquoi nous avons développé une plateforme électronique d'interaction (In-HospiTOOL) qui a été intégrée dans le système de documentation interne de la clinique et offre à toutes les professions impliquées une représentation plus transparente des informations pertinentes pour les sorties. Nous émettons l'hypothèse que l'utilisation quotidienne d'In-HospiTOOL pendant les visites cliniques interprofessionnelles réduit la durée de séjour des patientes et patients sans que ceux-ci ne subissent de préjudice thérapeutique.

Méthodes

Cette étude multicentrique quasi expérimentale réalisée entre février 2017 et janvier 2019 a englobé toutes les hospitalisations en médecine interne d'adultes présentant au moins deux maladies actives nécessitant actuellement une intervention. Cette étude a été réalisée dans sept cliniques suisses (Aarau, Baden, Bâle, Interlaken, Münsterlingen, Muri et Zofingue). Après achèvement d'une phase d'observation de 12 mois fin janvier 2018, la mise en application d'In-HospiTOOL a eu lieu à partir de février 2018 dans les cliniques mentionnées avec l'accompagnement d'équipes d'étude locales en visite. La collecte de données a été achevée par la réalisation d'entretiens téléphoniques standardisés 30 jours après l'entrée à l'hôpital sous forme de contrôle qualité. Des données émanant de patientes et patients hospitalisés, au cours de la même période, dans le département de médecine interne de 75 cliniques suisses comparables n'ayant pas participé à l'intervention ont été mises à disposition de l'Office fédéral de la statistique (statistique médicale) et ont servi de groupe de contrôle. La figure montre une représentation détaillée des activités réalisées dans le cadre de l'étude tout au long du parcours du patient. Le critère primaire d'évaluation de cette étude était la durée de séjour, les critères secondaires d'évaluation incluaient la mortalité hospitalière, le taux de réadmission dans les 30 jours ainsi que le taux de sortie vers le domicile. Les données ont été évaluées méthodiquement dans le cadre d'une analyse de séries chronologiques interrompues («interrupted time series») [7].

Série: projets du Programme national de recherche (PNR) 74 "Smarter Health Care"

Cet article résume les principaux résultats du projet 18 «La collaboration interprofessionnelle systématique réduit-elle la durée d'hospitalisation?» du Prof. Dr méd. Beat Müller, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Aarau.

Ce projet fait partie des 34 projets soutenus dans le cadre du PNR 74 du Fonds national suisse. L'objectif du PNR 74 est de poser les bases scientifiques pour des soins de santé de qualité, durables et «intelligents» en Suisse.

Informations: pnr74.ch

74 Smarter Health Care
NRP National Research Programme

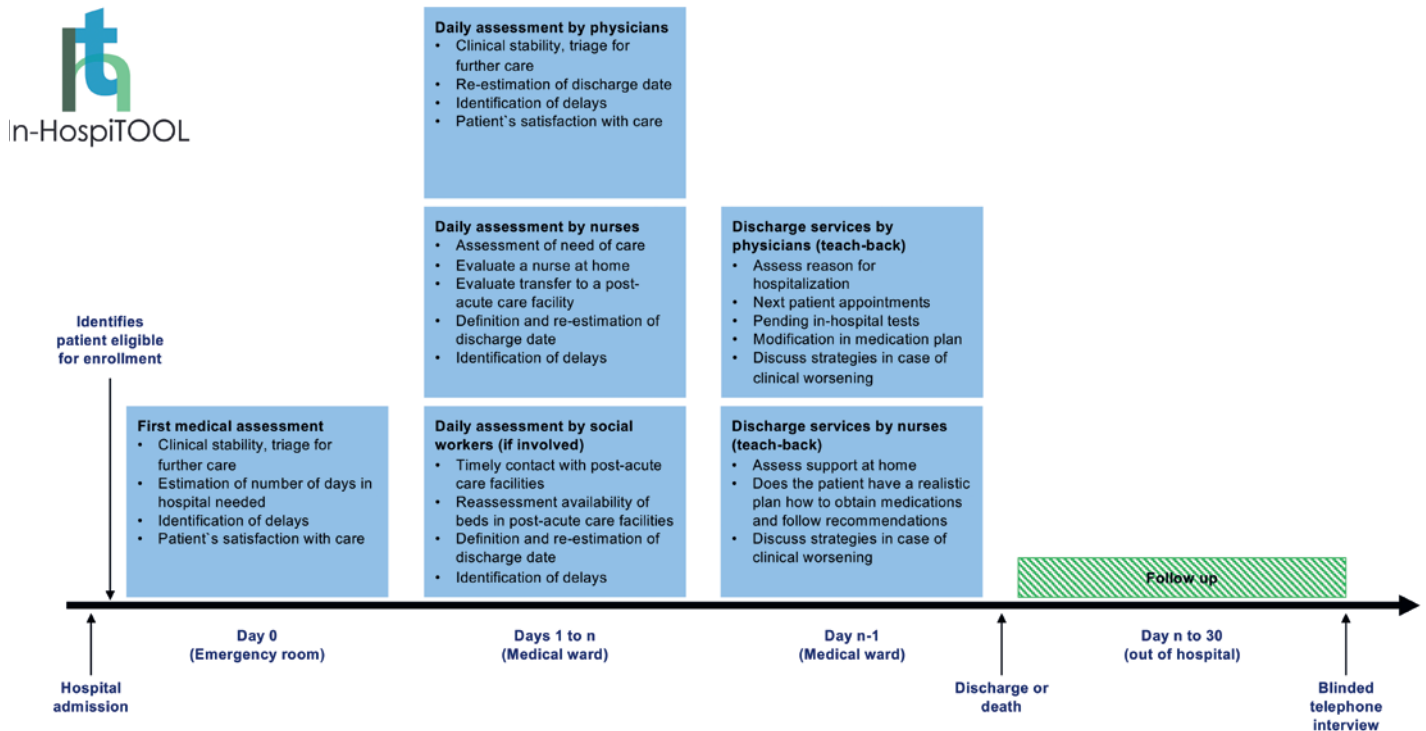


Figure 1: Représentation des activités dans le cadre de l'étude In-HospitoOL le long du parcours du patient. Au service des urgences, les patientes et patients sont évalués de manière standard en termes de stabilité clinique et la charge prévisionnelle est déterminée en conséquence pour la prochaine unité. Une estimation approximative de la date prévisionnelle de sortie est en outre effectuée. A partir du premier jour, toutes les professions impliquées (médecins, personnel soignant, travailleuses et travailleurs sociaux) estiment la charge restante de leur point de vue professionnel spécifique, modifient en conséquence l'éventuelle date de sortie et enregistrent systématiquement les facteurs retardant le processus thérapeutique. La veille de la sortie, les patientes et patients sont à nouveau informés de manière structurée des principales conclusions médicales, adaptations thérapeutiques, soins infirmiers et aspects logistiques, avec pour but que les patientes et patients puissent répéter cette information avec leurs propres mots (méthode «teach-back»). Réalisation de l'entretien téléphonique 30 jours après l'admission pour enregistrer divers indicateurs de qualité («patient-reported outcomes»).

Résultats

Nous avons analysé les données de 82 cliniques au total, les sept hôpitaux d'intervention affichant 54'695 hospitalisations et les 75 hôpitaux de contrôle 438'791. Sur la base d'environ 7,6 jours, la baisse de la durée de séjour pendant la phase d'observation de 12 mois était d'approximativement 0,2 jour dans les deux groupes, sans différence statistiquement significative entre les groupes (différence 0,07 jour, IC à 95% -0,3 à 0,5, $p = 0,72$). Durant la phase de réalisation d'un an, la durée de séjour dans les hôpitaux d'intervention a diminué d'en moyenne 0,5 jour, tandis que les hôpitaux de contrôle ont présenté une légère hausse de la durée de séjour de 0,1 jour (différence -0,6 jour, IC à 95% -0,9 à -0,2, $p = 0,001$). Le taux de réadmissions non planifiées dans les 30 premiers jours après sortie s'élevait à près de 10% sur toute la durée d'étude et n'a

indiqué aucune variation, ni entre les phases d'étude, ni entre les groupes d'étude. Similairement, aucune modification significative de la mortalité hospitalière (environ 5,2%), ni du taux de sortie vers le domicile (environ 66%) n'a été observée, que ce soit en cours d'étude ou entre les groupes.

Discussion

L'utilisation quotidienne d'In-HospitoOL, une plateforme interactive destinée à améliorer la collaboration interprofessionnelle, a montré que la durée de séjour des patientes et patients multimorbides complexes hospitalisés en médecine interne a baissé significativement plus fortement que chez des patientes et patients comparables sans ce type d'intervention. En moyenne, les patientes et patients ont séjourné 0,6 jour moins longtemps à l'hôpital et ont ainsi libéré des lits pour d'autres per-

sonnes. Il est important de souligner que la baisse de durée de séjour n'a pas été accompagnée d'une augmentation du taux de réadmissions, ni de la mortalité hospitalière. En outre, nous n'avons observé aucun pourcentage accru de patientes et patients qui n'étaient pas en mesure de rejoindre leur environnement domestique directement après leur sortie de l'hôpital.

L'étude In-HospitoOL représente l'un des plus grands essais prospectifs réalisés jusqu'à présent dans le domaine de la recherche sur les soins au niveau national. Il s'est avéré que le recours systématique à une collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient présente un potentiel substantiel d'optimisation non seulement pour les patientes et patients, mais aussi pour l'hôpital (système de santé), car il permet de réduire les retards évitables dans le traitement des patientes et patients ainsi que la planification des sorties, sans que les



Brève entrevue avec Daniel Koch, expert en soins à l'hôpital cantonal d'Aarau en Argovie: classification et astuces pratiques

Que peut-on tirer de la recherche et reprendre dans la pratique?

La collaboration fonctionnelle entre les médecins, le personnel soignant et le service social est un facteur central pour permettre aux patientes et patients de quitter l'hôpital de soins aigus et rejoindre leur domicile ou un établissement adapté au moment optimal et sans retard. Cette collaboration peut être standardisée et simulée au moyen d'applications techniques dans le dossier électronique du patient, ce qui crée des avantages pour toutes les personnes impliquées.

Quelle plus-value cela offre-t-il par rapport à la situation actuelle?

patientes et patients ne soient déchargés «en mauvais état». Il est fort probable qu'une réduction de la durée de séjour soit également associée à d'autres avantages, notamment une diminution des infections nosocomiales, chutes, délire, etc.

Références

- 1 Blaum CS, Rosen J, Naik AD, et al. Feasibility of Implementing Patient Priorities Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *J Am Geriatr Soc* 2018;66(10):2009-2016. (Evaluation Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.) (In eng). DOI: 10.1111/jgs.15465.
- 2 Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MA, Reeves S. Relationships of power: implications for interprofessional education. *Journal of interprofessional care* 2011;25(2):98-104. (In eng). DOI: 10.3109/13561820.2010.505350.

Jusqu'à présent, nous pouvions uniquement supposer que l'approche interprofessionnelle développée à l'hôpital cantonal d'Aarau pour la planification des sorties exerçait une influence sur la durée de séjour des patientes et patients. La présence de preuves scientifiques à ce sujet nous aide à convaincre les utilisateurs de l'utilité des instruments et à poursuivre sur cette voie.

Selon vous, quel bénéfice ce projet présentera-t-il pour les patientes et patients?

Chaque jour passé inutilement à l'hôpital accroît le risque d'événements indésirables tels que la prise erronée de médicaments, les chutes ou le déclin fonctionnel. Une planification optimale des sorties est donc essentielle pour les pa-

tientes et patients. Les instruments examinés par le projet In-HospiTOOL peuvent y contribuer en favorisant la collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe thérapeutique. D'autre part, l'étude montre aussi un potentiel élevé d'économie pour l'hôpital dû à la réduction de la durée de séjour et ainsi des frais hospitaliers associés.

Que faut-il pour l'avenir?

Les outils techniques peuvent simuler la collaboration interprofessionnelle, mais ne remplacent en aucun cas une mutation culturelle et un leadership. Il reste encore du travail à accomplir dans les cliniques pour pouvoir exploiter à fond le potentiel révélé par le projet In-HospiTOOL.

- 3 Gilman SC, Chokshi DA, Bowen JL, Rugen KW, Cox M. Connecting the dots: interprofessional health education and delivery system redesign at the Veterans Health Administration. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 2014;89(8):1113-6. (Evaluation Study Multicenter Study) (In eng). DOI: 10.1097/ACM.0000000000000312.
- 4 Nosbusch JM, Weiss ME, Bobay KL. An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *J Clin Nurs* 2011;20(5-6):754-74. (Review) (In eng). DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03257.x.
- 5 Kutz A, Ebrahimi F, Struja T, Greenwald J, Schuetz P, Mueller B. Innovative transition interventions to better align healthcare needs in hospitalised medical patients. *Swiss Med Wkly* 2017;147:w14515. (In eng). DOI: 10.4414/sm.w.2017.14515. Crossref reports that this reference lacks individual authors. (Ref. 5 "Kutz, Ebrahimi, Struja, Greenwald, Schuetz, Mueller, 2017")
- 6 Huynh E, Basic D, Gonzales R, Shanley C. Structured interdisciplinary bedside rounds do not reduce length of hospital stay and 28-day re-admission rate among older people hospitalised with acute illness: an Australian study. *Aust Health Rev* 2017;41(6):599-605. (In eng). DOI: 10.1071/AH16019.

- 7 Wagner AK, Soumerai SB, Zhang F, Ross-Degnan D. Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. *J Clin Pharm Ther* 2002;27(4):299-309. (Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.) (In eng) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/12174032>)

Pour le projet:

Prof. Dr. méd Beat Müller
Chefarzt Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital Aarau
Tellstrasse H7
CH-5001 Aarau
[happy.mueller\(at\)unibas.ch](mailto:happy.mueller(at)unibas.ch)

Pour le programme:

Heini Lüthy
Responsable des médias du PNR 74
www.nfp74.ch
Tössfeldstrasse 23
CH-8400 Winterthur
[hl\[at\]hluethy.ch](mailto:hl[at]hluethy.ch)