

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 18 Juin 2024

## **Smarter Medicine aux soins intensifs : less but better !**

Dr Filippo Boroli, Mme Audrey Prestini

Ce projet concerne tous les niveaux de la hiérarchie, du stagiaire au chef de service, et il est important que tous et toutes se sentent concernés.

La *smarter medicine* est une pratique intégrant la médecine basée sur les preuves à la valeur perçue par le patient, en rapport aux ressources financières dépensées. Elle est aussi appelée “*value-based medicine*”.

### **Pourquoi?**

En Suisse, il y a une surconsommation de soins. 30% des actes médicaux en Suisse sont considérés comme inutiles, voire délétères ( → traitement des découvertes fortuites).

Cela coûte cher, en argent, mais aussi en énergie, ce qui devient une préoccupation centrale, puisque la médecine Suisse est la plus grande consommatrice par habitant (→), alors que d'autres sont capables de fournir une qualité de soins similaire en consommant moins.

Sous la houlette de [Smarter medicine - choosing wisely switzerland](#), 25 société savantes ont publié des listes de pratiques superflues, pour faire moins et mieux à la fois.

En 2017, c'est une [liste du top 9](#) des procédures superflues en médecine intensive qui est publiée. L'article fait alors un lien avec l'architecte van der Rohe et sa célèbre formule “less is more”, qui le guide dans la simplicité et le refus de l'ornement.

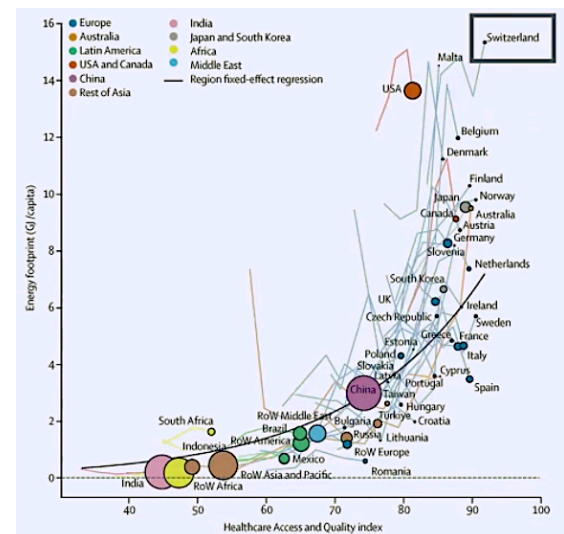
Après une année de préparations, le service des soins intensifs des HUG est prêt à agir sur 10 actions: sédation, transfusions, antibiotiques, manoeuvres de survie, bilans sanguins, nutrition parentérale, fluides intraveineux, prophylaxie anti-ulcéreuse, équipement invasif, oxygène...et une 11ème les rejoindra bientôt: radiographies du thorax.

### **Objectifs:**

- Améliorer la prise en charge des patients adultes hospitalisés aux soins intensifs
- Rendre notre travail plus efficient, du point de vue médical comme écologique.

Pour rassembler les troupes et promouvoir ses différentes actions, un leitmotiv, une direction à long terme est nécessaire: “essayons de redonner du sens à chacune de nos actions”.

→ plutôt que de faire “comme on a toujours fait”, se demander si l'action est pertinente, et décider de la retenir si ce n'est pas le cas.



Pour que le changement de culture ait lieu, toutes les professions du service doivent participer (team interpro), les résultats doivent être mesurés (indicateurs) et évalués pour d'éventuelles améliorations. L'implémentation demande patience, discussions, retours...

### Exemple de la gazométrie aux soins intensifs

En 2018, 7 POCT sont effectuées par jour et par patient aux soins intensifs.

Aux soins intensifs, la gazométrie n'est pas prescrite. Son exécution est laissée au choix infirmier, guidé par un protocole qui à l'époque poussait facilement vers cet acte.

Par exemple, une gazométrie normale, ne demandant aucune action supplémentaire, devait être suivie d'une autre 2h plus tard. Elle était aussi recommandée en cas d'augmentation de la fréquence respiratoire, d'agitation, de confusion, de fièvre...pas forcément justifié.

Un questionnaire est distribué dans le service: "pourquoi je fais un POCT?"

- Première place (loin devant!): Se rassurer
- Deuxième: Habitude de service

Une aide décisionnelle est alors élaborée, pour aider à comprendre pourquoi faire la gazométrie, s'il y a une alternative non invasive et qu'est-ce qui est recherché.

L'idée est de pousser à la conversation entre collègues pour éventuellement trouver une alternative, ou confirmer le besoin d'une gazométrie.

Un mandat infirmier est mis spécialement en place, à la hauteur de 40%, pour avoir ces conversations au pied du lit, de façon individuelle, pour discuter et rassurer le collègue. Depuis l'implémentation du projet, plus de 3500 rencontres "one to one" ont eu lieu.

Une communication multimodale est nécessaire pour la mise en œuvre : rencontres en équipe, ateliers diurnes et nocturnes, aides décisionnelles sous forme de cartes de poches, bulletins trimestriels, tableau d'affichage avec indicateurs, site intranet..

Le travail porte ses fruits, passant de 7 gazométries par patient par jour, à 4.

L'évolution est linéaire et satisfaisante, bien que l'objectif soit de 3 POCT/j/p, puisque même durant la période COVID, le chiffre n'est jamais remonté jusqu'à 7.

### Action sur les transfusions

Il faudrait limiter la transfusion chez les patients stables et ne saignant pas, avec un seuil transfusionnel défini. Il s'agit d'une *pratique restrictive*, dans le but de réduire les complications, préserver les stocks de sang et réduire les émissions de CO2.

Initialement, le dossier informatisé ne montrait pas d'indicateur spécifique pour déterminer quels patients étaient stables et sans saignement. (→ pas de coche pour saignement.)

4 actions sont mises en place pour limiter ces transfusions:

- Mesure des concentrés érythrocytaires CE "unique" et "évitables" dans le DPI
  - Unique: une seule poche en 12h → le patient ne saigne très probablement pas
  - Évitable: la poche unique est passée alors que l'hémoglobine Hb est > 80g/
- Définition des seuils transfusionnels
- Aide décisionnelle

- Rencontres "one to one"

Aux SI, sur 4 ans et 6000 poches, c'est 400 évitables, soit 16%. Si l'analyse est étendue à l'ensemble de l'hôpital, c'est 10% des poches qui sont évitables.

- A 270 CHF/poche c'est 242 000 CHF par an qui peuvent être économisés.
- A 6,5 kg CO2/poche c'est 6t de CO2 par an qui sont évitables

### Action sur les bilans sanguins

Pratiquer des examens complémentaires uniquement dans le but de répondre à une question clinique spécifique.

Les effets attendus sont: ↓ anémie iatrogène (↓ de transfusions), ↓ informations inutiles, ↑ temps-patient, ↓ coûts, ↓ d'usage de plastique

Actions mises en place:

- Prescription médicale revue à la baisse: tout patient entrant aux SI recevait un bilan systématique, même s'il en avait eu un deux heures plus tôt aux urgences.
- Mesure
- Aide décisionnelle
- Tubes pédiatriques: pour prendre moins de sang. Pratique à présent étendue à l'ensemble de l'hôpital.
- Système clos de prélèvement: 2ml de sang étaient utilisés pour purger le cathéter et jetés à la poubelle. Ils sont maintenant ré-injectés au patient de façon stérile.
- One-to-one: une part essentielle de la réussite du projet au sens large.

Entre 2016 et 2024, le service est passé d'un prélèvement de 50ml/jour/patient à 20ml/jour/patient, ce qui était l'objectif du service.

### Action sur les hémocultures

Une fièvre isolée aux SI a de nombreuses causes possibles. Un seuil à 38.3°C, c'est déraisonnable. Le patient est piqué 3,4,5 fois pour des paires d'hémocultures, alors que celui-ci est probablement sous antibiotiques et ne montrera rien.

Le seuil de fièvre pour une hémoculture est alors élevé à 39.3°C, en accord avec la littérature, qui dit aussi que des hémocultures multiples n'améliorent pas la sensibilité ni la spécificité du test.

Si en 2018 le service prélevait le double des hémocultures suffisantes selon la littérature, il avait atteint de bons seuils en 2019. Après l'explosion du covid, les chiffres sont à nouveau plus raisonnables dès 2022.

Cela n'a pas modifié le nombre de bactériémies secondaires / liées au cathéter, mais surtout, cela a diminué le nombre de contaminations de moitié.

Ce qui a probablement diminué l'utilisation de Vancomycine utilisée pour traiter le *S.epidermidis*.

L'épargne des prises de sang a permis d'épargner, au niveau du matériel, 70 000 CHF/année (POCT), 11 000 CHF (2018-22) de tubes et 24'000 CHF en hémocultures sur 4 ans.

C'est également une économie de temps infirmier, qui peut être utilisé pour passer plus de temps avec le patient ou prendre soin de soi.

### Conclusions

- Ce sont les collègues présents au pied du lit qui permettent le succès de ce projet, ainsi que l'implication et le professionnalisme du Prof. Jérôme Pugin.
- Adaptation de la définition de *smarter medicine*: Pratique intégrant la médecine basée sur les preuves et l'*expérience* avec la valeur perçue par le patient (ou *proche*) en rapport aux ressources financières et *environnementales* dépensées.
- Il faut donc évoluer vers une médecine "*less but better*".

Réponse à une question sur l'effet paradoxal entre la réduction du nombre de gestes et les dépenses liées à l'emploi: Le service peut être perdant. En prévenant une pneumonie liée à la ventilation mécanique, le séjour est réduit de 5 jours et la présence de patient dans le service amoindrie, ce qui peut se refléter dans le budget alloué....

Aussi, la présence aux soins intensifs est facturée selon un forfait. A moins d'une adaptation du forfait, la réduction des prises de sang n'aura pas d'influence sur la facture du patient...



Compte-rendu de Valentine Borcic

[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)