

Réflexion sur la structure organisationnelle et le fonctionnement d'unités de soins intermédiaires pédiatriques

L'organisation du travail dans les soins critiques pédiatriques présente plusieurs défis

L'optimisation des soins dans les unités de soins intensifs pédiatriques (USIP) passe par l'amélioration de l'organisation du travail, l'identification des aspects problématiques, la mise en place de standards et de directives pour une pratique sécuritaire ainsi que par une prise en charge clinique adaptée à la condition des patients. La question se pose notamment pour les patients nécessitant des niveaux de soins inférieurs à ceux dispensés dans les unités de soins intensifs, mais qui ne peuvent être transférés vers des unités de soins réguliers pour des raisons médicales. L'organisation du travail dans les USIP représente donc plusieurs défis dont :

- la détermination des besoins réels en ressources humaines, car chaque patient requiert différents types de soins qui peuvent considérablement changer dans le temps;
- la mise en place d'une organisation du travail permettant de gérer le flux des patients de manière optimale;
- **la mise en place d'unités de soins intermédiaires** tout en maintenant un environnement de travail sain et sécuritaire et en garantissant une bonne continuité des soins.

Dans le cadre du projet *Grandir en santé*, un plan de transition a été élaboré pour la modernisation de l'USIP du CHUSJ au sein des bâtiments existants afin de mieux répondre aux besoins des patients. Ce plan propose notamment la création d'une unité de soins intermédiaires de 8 lits pouvant accueillir les patients de l'USIP et des unités de soins réguliers. Les gestionnaires de l'USIP ont sollicité l'UETMIS afin de les soutenir dans leur réflexion sur l'organisation et le mode de fonctionnement de la future unité de soins intermédiaires. L'ouverture d'une unité de soins intermédiaires pédiatriques a été réalisée en février 2015 au CHUSJ (projet pilote).

Le **principal objectif** de cette évaluation est de décrire la structure organisationnelle et le mode de fonctionnement de différentes unités de soins intermédiaires pédiatriques. Il s'agira également de dégager les différents enjeux liés à la création, à l'organisation et au fonctionnement d'une unité de soins intermédiaires pédiatriques. Les **méthodes d'évaluation** incluent une revue de la littérature, un exercice de balisage et la consultation d'experts.

À la lumière des données issues de la revue de la littérature et des expériences d'autres unités de soins intermédiaires pédiatriques, plusieurs enjeux peuvent être dégagés.

Enjeux cliniques

Afin que l'unité des soins intermédiaires pédiatriques du CHUSJ puisse remplir sa mission, des **critères d'admission** (et d'exclusion) spécifiques ont été définis et diffusés au sein de l'hôpital. D'une part, il est essentiel de mettre en place des balises afin d'éviter que tous les patients sortant des soins intensifs pédiatriques ou de l'unité néonatale transitent par cette unité, ce qui entraînerait un dépassement rapide de la capacité d'accueil. D'autre part, il doit y avoir une certaine flexibilité afin d'accueillir le plus grand nombre de patients possible. Il s'avérera donc important de revoir les critères d'admission sur une base régulière à la lumière des indicateurs hospitaliers. Ce processus devra se faire en collaboration avec les gestionnaires des principaux secteurs de provenance des patients (néonatalogie, multispécialités, pédiatrie, hémato-oncologie...).

Enjeux organisationnels

Il ressort que l'**évaluation** de la **charge de travail** infirmière représente un défi. De fait, lors des premières heures d'une hospitalisation aux soins intermédiaires, un patient peut parfois nécessiter plus de temps infirmier qu'un patient hospitalisé aux soins intensifs qui a été admis depuis un certain temps. La flexibilité sera donc importante au niveau de la définition des ratios infirmière : patients selon les variations de profil de la clientèle à l'unité des soins intermédiaires. Notons également que plusieurs **autres catégories de professionnels** (pharmaciens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues...) seront touchées par cette nouvelle organisation.

Finalement, l'intégration d'infirmières auxiliaires au sein de l'unité de soins intermédiaires pédiatriques peut sembler une solution intéressante à mettre de l'avant. Cependant, le faible degré d'autonomie de ces dernières oblige les gestionnaires à recourir au personnel infirmier pour assurer leur supervision, ce qui a des conséquences importantes sur le plan budgétaire (cf. enjeux économiques) et amenant une surcharge de travail à l'infirmière alors que l'effet contraire est recherché.

Enjeux opérationnels

Un **mode d'organisation flexible** semble souhaitable afin d'optimiser la capacité d'accueil de l'unité des soins intermédiaires pédiatriques. L'utilisation de « lits flexibles » dont la désignation change selon les besoins des patients est associée à des avantages au niveau de la continuité des soins et permet de minimiser les déplacements de patients. Soulignons cependant qu'un tel mode de fonctionnement nécessite que l'ensemble des professionnels soit formé pour les soins intensifs, ce qui ne peut être envisagé à l'heure actuelle à l'unité des soins intermédiaires pédiatriques du CHUSJ compte tenu de la pénurie d'infirmières à l'unité de SIP.

La mise en place d'un programme de **formation** en soins intermédiaires est nécessaire afin de permettre aux infirmières d'acquérir les connaissances et les compétences spécifiques. Du fait que la nouvelle unité de soins intermédiaires est intégrée à l'USIP du CHUSJ, les infirmières des soins intermédiaires pourront graduellement être exposées à un niveau de soins plus élevé et ainsi bénéficier d'un **transfert d'expertise**. Il a notamment été montré que la formation des infirmières en soins avancés (*Pediatric Advanced Life Support* – PALS) permettait une meilleure prise en charge des patients dont l'état se détériore avant leur transfert aux soins intensifs. Ceci pourrait se faire de façon graduelle en raison du contexte actuel de pénurie.

L'évaluation de la charge de travail selon les besoins des patients et l'adoption d'un mode d'organisation flexible sont des pistes de solutions à explorer.

La **gestion des communications** entre les unités de provenance et l'unité des soins intermédiaires pédiatriques ainsi qu'avec l'ensemble du réseau représente un enjeu important. Cette gestion pourrait notamment être assurée par une **infirmière pivot**. Son rôle permettra de favoriser la continuité des soins suite aux transferts des patients (prise de décisions thérapeutiques ayant un impact à long terme, mise à jour du dossier...). Elle assurera aussi la coordination de tous les professionnels travaillant au sein de l'équipe ainsi qu'avec le réseau lors du retour des patients à leur domicile. La communication avec les familles devra également être établie afin de préparer adéquatement les transferts et d'établir un partenariat avec ces dernières.

Un autre enjeu opérationnel est la mise en place de **mécanismes** afin d'optimiser la **durée des séjours** à l'unité des soins intermédiaires pédiatriques. Des stratégies telles que l'implantation d'un programme efficace pour assurer le suivi des patients en ambulatoire suite à leur congé des soins intermédiaires devront être évaluées.

Enjeux économiques

Le modèle organisationnel testé lors du projet pilote a montré ses limites sur le plan financier. En effet, il apparaît qu'un modèle avec des infirmières auxiliaires est plus cher qu'un modèle intégrant uniquement des infirmières en raison des limites du champ de pratique de l'infirmière auxiliaire, nécessitant une ressource infirmière de plus dans la structure. Par ailleurs, une équipe formée uniquement d'infirmières permettra d'assurer une **meilleure efficacité** de l'offre de soins, la qualité de la prise en charge des patients étant maximale pour un coût moindre.

Même si l'implantation d'une unité de soins intermédiaires devait permettre une optimisation des ressources et une meilleure utilisation des lits de soins intensifs, cette réorganisation pourrait ne pas être associée à des gains sur le plan économique. Les économies potentielles reliées à une meilleure prise en charge des patients pourraient être absorbées par une utilisation accrue et optimale des lits de soins intensifs.

En **conclusion**, nous proposons quelques **pistes de réflexion**. L'ouverture de la nouvelle unité de soins intermédiaires pédiatriques au CHUSJ représente une opportunité d'optimiser l'offre de soins critiques spécialisés en adaptant l'intensité des soins à des patients stables présentant un fort risque de décompensation, mais ne pouvant être admis aux soins intensifs. À cet égard, plusieurs éléments pourraient être examinés.

À court terme

Le concept de **mobilité du personnel infirmier** devrait être exploré et discuté au sein des équipes de soins critiques pédiatriques et au niveau des diverses directions de l'hôpital. Le contexte des soins intensifs pédiatriques du CHUSJ où les infirmières ont développé des compétences sur-spécialisées est certes peu propice à l'instauration d'un modèle organisationnel basé sur la polyvalence et sur la capacité à s'adapter à des disciplines connexes. Il existe néanmoins des moyens visant à **décloisonner les secteurs de soins** (par exemple, soins intensifs et soins intermédiaires pédiatriques, soins intensifs néonataux et pédiatriques, soins intermédiaires néonataux et pédiatriques) tels que la mise en place de **stages inter-unités** pour les infirmières déjà en poste et les candidates à l'exercice de la profession. Le recours à des infirmières de l'équipe volante pourrait également être une avenue intéressante.

Le concept de mobilité du personnel infirmier devrait être mis de l'avant.

Le but est d'augmenter le nombre d'infirmières qui ont été exposées aux soins intermédiaires pédiatriques afin de créer un bassin de compétences suffisamment développé pour répondre aux besoins. Ce modèle peut également favoriser le développement professionnel d'infirmières désirant acquérir une expertise plus poussée en se spécialisant dans les soins intensifs. Des consultations menées auprès des parties prenantes faciliteraient l'émergence d'une vision plus précise d'un nouveau modèle organisationnel des unités de soins critiques pédiatriques.

Sur le plan de la qualité de la prise en charge des patients, la vision commune et la **collaboration** de tous les intervenants impliqués dans les soins sont autant d'atouts susceptibles d'améliorer l'expérience des patients et de leur famille. En effet, il est reconnu que les transferts peuvent représenter un choc pour les patients et leur famille. Ainsi, par exemple, le fait que le néonatalogiste demeure en consultation après un transfert de l'unité néonatale vers l'unité des soins intermédiaires pédiatriques pourrait contribuer à améliorer la continuité des soins tout en donnant un sentiment de sécurité aux familles.

À moyen terme

Le développement d'un plan d'action qui s'inscrit dans la vision de la transformation organisationnelle du CHUSJ est essentiel. Ainsi pour promouvoir une plus grande mobilité de la main-d'œuvre, certaines pistes de solution telles que la mise en place de **stages inter-unités** ou le développement du potentiel d'infirmières de l'**équipe volante** pourraient faire l'objet de projets pilotes. Les résultats obtenus pourraient servir au développement d'une stratégie de recrutement de nouvelles infirmières et ainsi accroître l'attractivité de l'unité de soins intermédiaires pédiatrique.

Sur le **plan de la formation**, il serait important de mettre l'accent sur les **besoins spécialisés de formation** du personnel des soins intermédiaires pédiatriques et des autres secteurs pour soutenir le développement professionnel des infirmières (ex. mentorat, transfert d'expertise par une exposition aux soins intensifs...) et ce, malgré le contexte actuel de compressions budgétaires.

Sur le **plan clinique**, le développement de **scores de gravité** ou la validation d'outils existants auprès de patients de soins intermédiaires pédiatriques pourrait permettre une meilleure évaluation de la **charge de travail infirmière** qui risque d'être sous-estimée. De fait, lors des premières heures d'une hospitalisation aux soins intermédiaires, un patient peut parfois nécessiter plus de temps infirmier qu'un patient hospitalisé aux soins intensifs depuis plus longtemps.

Par ailleurs, en raison des besoins spécifiques de certains patients des soins intermédiaires, le rôle des **autres types de professionnels** (physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.) devra être mis à profit. Ainsi, il serait nécessaire d'être en mesure de produire des statistiques décrivant le temps consacré à cette clientèle spécifique. Ces données assureront une meilleure planification de l'utilisation de ces ressources spécialisées afin de répondre adéquatement à la demande.

À long terme

Si le modèle mis en place à l'unité de soins critiques pédiatriques s'avère performant sur le plan clinique, organisationnel et économique, il pourrait s'étendre à d'autres secteurs de soins tels que l'unité néonatale qui rencontre les mêmes difficultés de recrutement et de rétention d'infirmières spécialisées.

La formation de la main-d'œuvre, la création d'outils de gestion visant une meilleure planification des ressources sont à privilégier.

L'impact de la création de l'unité des soins intermédiaires pédiatriques sur la **trajectoire patient** devrait être analysé (modification des flux de patients impliquant les urgences, l'USIP, la néonatalogie, les unités de soins réguliers...). Cela pourrait permettre d'envisager le développement d'autres structures de soins (ex. unité de soins intermédiaires post chirurgicaux) ou d'autres trajectoires de soins (ex. admission prioritaire de patients requérant des soins intermédiaires à partir de l'urgence) afin de mieux répondre aux besoins réels de la clientèle.

Sur le **plan opérationnel**, l'optimisation de la gestion des séjours aux soins intermédiaires devrait être une priorité. Le développement de **liens avec le réseau** ainsi qu'une bonne connaissance des ressources offertes dans la communauté seraient des atouts pour l'unité. À ce titre, l'expérience du *BC Children's* montre que la mise en place d'un programme spécialisé (*Home Tracheostomy & Ventilator Program*) permettant d'assurer le suivi des patients en ambulatoire après leur sortie des soins intermédiaires a contribué à une réduction de la durée de séjour.

Finalement, l'**impact économique** découlant de la création de l'unité des soins intermédiaires pourrait être évalué en tenant compte de la modification du flux des patients au sein de l'hôpital (entre l'USIP, l'unité de soins intermédiaires et les unités de soins réguliers) et des bénéfices liés à l'accessibilité à ce niveau de soins.




CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant
Pour l'amour des enfants


Université
de Montréal

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)

CHU Sainte-Justine
3175 Côte Sainte-Catherine
Montréal, Québec
H3T 1C5
Téléphone : 514-345-4931 poste 6495,
poste 7168
