



Soins Intensifs des Cliniques de l'Europe

« Le besoin de lits supplémentaires en soins intensifs est une priorité. »

Propos recueillis auprès du **Dr Vincent Collin**, chef du Service de Soins Intensifs des Cliniques de l'Europe

Aujourd'hui comment est organisé le Service des Soins Intensifs des Cliniques de l'Europe ?

Dr Vincent Collin : Nous sommes positionnés sur deux sites distincts à S^t-Michel et à S^{te}-Elisabeth. Une réorganisation des soins intensifs a été entreprise afin de garantir une parité entre les deux sites. Nous avons ainsi maintenu ouverts 8 lits de soins intensifs sur chaque site, avec trois médecins intensivistes affectés à chaque site. Aujourd'hui, l'activité USI du site S^{te}-Elisabeth est plus soutenue en nombre d'admissions USI car le site bénéficie de l'apport du SMUR basé sur le site de S^t-Elisabeth et car il concentre l'activité chirurgicale lourde. Cette concentration d'activité chirurgicale lourde a pour conséquence un besoin plus important en lits de soins intensifs post-chirurgicaux étant donné que plus de 50 % des admissions sur le site de S^t-Elisabeth résultent de procédures chirurgicales. Ces admissions comprennent le post-opératoire de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie, ainsi que le post-opératoire chirurgical « *lourd* » d'autres types de chirurgie qui

ne nécessite pas spécifiquement le recours à des soins intensifs. Le suivi post-opératoire immédiat de chirurgie lourde pourrait être pris en charge dans des unités de soins intermédiaires dénommées PACU (unité de soins post-anesthésie), mais elles sont rares en Belgique. Les patients post-opératoires lourds se retrouvent donc généralement dans les unités de soins intensifs, et cette réalité nous expose fréquemment à une demande accrue de lits de soins intensifs pour ces patients au détriment des patients critiques nécessitant des soins intensifs. Afin de remédier à cette situation, j'ai suggéré d'augmenter notre capacité en lits USI avec la création de lits supplémentaires dédiés aux soins post-opératoires lourds au sein des soins intensifs, dénommés « *lits PACU* ». Cela a conduit à la création d'une unité élargie, passant de 8 à 12 lits, comprenant 8 lits de soins intensifs et 4 lits PACU. Cette réflexion a été la pierre angulaire du nouveau projet de soins intensifs, où les 8 lits de soins intensifs pourront également accueillir des patients post-opératoires lourds ou souffrant d'une complication chirurgicale.

Cette organisation offre une marge de manœuvre accrue pour gérer efficacement le roulement des patients, et 4 lits PACU ajoutent une couche de flexibilité supplémentaire. En effet, en cas de besoin, nous pouvons rapidement réaffecter ces lits à une fonction intensive. La problématique réside dans la disposition architecturale : les 4 lits PACU sont regroupés dans une seule pièce, tandis que chaque lit de soins intensifs est situé dans une chambre individuelle et dans la nécessité d'un staffing nursing plus important pour gérer des lits USI que des lits PACU.

Quels sont les besoins identifiés lors des réunions stratégiques ?

V. C. : Le besoin de lits supplémentaires en soins intensifs est une priorité, mais il est essentiel de considérer que la principale contrainte réside dans les ressources humaines qui constitue la majeure partie des coûts en soins intensifs (plus de 60%). Une augmentation du nombre de lits devrait nécessiter une augmentation du personnel, mais dans le cas d'une ouverture de lits dédiés au post-opératoire médical lourd, le fonctionnement n'étant pas le même que pour les lits de soins intensifs, le même nombre de soignant peut être plus ou moins maintenu. En effet, puisque ces patients sont habituellement non-ventilés mécaniquement et nécessitent un suivi moins rapproché une infirmière est capable de gérer 4 lits de soins post-opératoire, alors qu'il en faut généralement une pour 2 lits de soins intensifs. Cette configuration organisationnelle permet donc d'obtenir un plus grand nombre de lits sans engager beaucoup plus de personnel, infirmiers ou médecins. Une alternative envisageable aurait été la création d'une unité entièrement séparée et gérée par les anesthésistes. Cette option avait été envisagée durant la pandémie car nous avons besoin de lits supplémentaires en raison de l'occupation totale des soins intensifs par les patients atteints de COVID-19. Les autres patients opérés en urgence qui nécessitaient un suivi en post-opératoire avaient été placés dans les salles de réveil des salles d'opération, faisant office de « PACU ». Les anesthésistes se sont alors rendu compte qu'il s'agissait d'une problématique particulière et que, en cas de complications post-opératoires, il est plus efficace que les médecins de soins intensifs prennent en charge ces patients car ils sont formés spécifiquement pour détecter rapidement et prendre en charge les complications post-opératoires éventuelles.

Comment le personnel a-t-il été impliqué dans ces réflexions ?

V. C. : Le personnel infirmier n'a pas été impliqué initialement dans les réunions stratégiques mais bien consulté une fois le projet envisagé. Ma participation aux réunions a été précédée de discussions approfondies avec mes collègues en soins intensifs. Le manque de place de soins intensifs en particulier en période hivernale a été mise en avant. Nous avons également mis en lumière la nécessité d'expliquer clairement aux infirmiers l'importance de la création d'un service mixte (USI + PACU) pour la gestion quotidienne des places et que notre objectif n'était pas d'économiser du personnel infirmier ou de s'occuper des soins intensifs avec moins de personnel que nécessaire. Le but est d'instaurer une plus grande flexibilité et de permettre une prise en charge plus souple des différentes pathologies y inclus le post-op « *lourd* ».

En attendant la concrétisation de cette opération, comment anticipez-vous les nouvelles organisations dès aujourd'hui ?

V. C. : Le calendrier initial avec l'achèvement des travaux d'ici la fin de l'année 2023 et l'ouverture du nouveau service en 2024 ne pourra être respecté. La dernière estimation envisage une ouverture au plus tôt fin 2024 ou début 2025. En réponse à cette situation, nous envisageons de prendre des mesures provisoires dans l'unité actuelle sur le site S^{te}-Élisabeth, où il est possible d'augmenter le nombre de lits de 8 à 10. Nous proposons donc l'ouverture de deux lits supplémentaires réservés aux soins postopératoire (PACU), dans l'attente de la concrétisation des travaux.

En tant que médecin, quels atouts avez-vous pu constater sur les plans du nouveau service ?

V. C. : Les discussions approfondies que nous avons eues avec l'architecte, en particulier sur la disposition des espaces, ont abouti à plusieurs points forts dans la conception du nouveau service. Nous avons insisté sur la nécessité d'avoir des lits de soins intensifs disposés en boxes séparés pour des raisons d'hygiène, tout en assurant un accès visuel sur l'extérieur car la vue extérieure revêt une importance primordiale pour le bien-être des patients.

Du point de vue architectural, nous avons également veillé à ce que le bureau médical dispose d'un espace adéquat et que l'unité dispose d'espaces de rangements suffisants pour éviter l'encombrement des couloirs par du matériel médical. Nous avons prévu un espace de repos pour le personnel ainsi qu'une salle dédiée aux rencontres avec les familles et comprenant un vestiaire. Toutes ces spécifications ont été pensées pour optimiser l'espace, en tenant compte des contraintes imposées par les murs et l'espace alloué. Finalement, nous avons réussi à intégrer les 12 lits dans cette unité en veillant à ce que chaque espace soit suffisamment dimensionné. Ceci a nécessité, une modification des plans initiaux avec le déménagement vers le 6^{ème} étage alors que l'emplacement initial du nouveau service était prévu à côté du service des urgences mais aurait limité notre capacité à seulement 8 lits au maximum.

