



Medinomia

**Congrès médico-économique :
ambition durable pour les patients**

19-20 octobre 2023, Palais des Congrès de Namur

ABSTRACTS

ABSTRACTS

Organisé par le CHU UCL Namur, en partenariat avec l'UCLouvain, l'UNamur, l'UNESSA et la Ville de Namur, la deuxième édition de Medinomia s'est déroulée les 19 et 20 octobre derniers. Unique en Belgique, ce congrès a pour ambition d'ouvrir le débat entre les acteurs des soins de santé et d'identifier les socles de la performance et de l'innovation de nouvelles organisations en quête de valeurs.

Plus de **200 acteurs issus du secteur des soins de santé** étaient présents. Medinomia associe à la fois la sphère académique et la sphère pratique des structures de soins, notamment via la publication d'abstracts.

Les **thèmes abordés durant cette édition 2023** étaient en pleine adéquation avec l'évolution du secteur des soins de santé, comme l'innovation des métiers et des organisations professionnelles, l'organisation des systèmes de soins de santé, la gestion de la donnée, l'éthique et la promotion de la santé. Au programme, conférences, échanges et discussions autour de la santé et de l'économie des soins.

Le jeudi 19 octobre, **Grégory Katz**, Professeur de l'Ecole de Médecine de l'Université de Paris (France) a ouvert le congrès en balisant la notion de « Valeur des Soins de santé » et plus particulièrement la valeur des PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) pour le secteur des soins de santé.

Arianna Gamba, représentant *Healthcare without Harm Europe* (Belgique), a complété la notion de la valeur des soins avec la traduction de l'éco-conception des soins au sein des structures hospitalières.

Le vendredi 20 octobre, entrecoupé des abstracts de terrain, se sont succédé 4 orateurs de grande renommée.

Pour commencer, **Eyal Zimlichman** (*Sheba Medical Center*, Israël) nous a présenté la place de l'innovation comme outil du *Value Based Healthcare*.

Michael Vandenberg (Organisation de Coopération et de Développement économiques - OCDE) nous a ensuite partagé les résultats du projet PaRIS (*Patient Reported Indicator Survey*) qui consiste à appréhender l'expérience et les résultats issus de l'enquête sur les indicateurs rapportés par les patients vivant avec des maladies chroniques.

Lors de sa présentation, **Göran Henriks** (*Jönköping Country*, Suède) a abordé l'implémentation du *Value-Based Healthcare* (VBHC) en Suède en tentant de répondre à la question du « Comment ». Ce mode d'organisation du système de santé a pour but d'améliorer les résultats des soins et non pas de fournir le maximum de soins possibles.

Enfin, **Steve R. Ommen** de la *Mayo Clinic College of Medicine & Science* aux USA a partagé l'expérience de la Mayo Clinic dans la déclinaison du *Value-Based Healthcare* et de l'expérience digitale.

Une table ronde a clôturé ce congrès avec la présence de Françoise Smets, Philippe Devos, Guy Durant et Caroline Delhaise. Ce débat a permis de relier les expériences étrangères à la réalité du contexte belge afin de mettre en lumière la nécessité de travailler dès à présent sur l'introduction du *Value-Based Healthcare* pour mieux gérer notre budget mais aussi et surtout la qualité des soins proposée qui va au-delà des structures de soins.

Cette conclusion introduit le prochain congrès MEDINOMIA qui se déroulera à Namur les **17 et 18 octobre 2024** sur le thème de l'approche populationnelle, essentiellement fondée sur la conviction que la santé est une richesse collective qu'il faut maintenir et développer. Son objectif est d'assurer un état de santé maximal chez la population d'un territoire, compte tenu des ressources disponibles, elle vise à coordonner l'offre de services en fonction d'une population donnée plutôt qu'en fonction des individus qui consomment les services.



Consentement éclairé : du respect des personnes au respect des données

Ernesto SAN MARTIN

Interdisciplinary Laboratory of Social Statistics, Millenium Nucleus in Intergenerational Mobility MOVI, Chili; LIDAM/CORE, UCLouvain, Belgique
E-mail : esanmart@mat.uc.cl

La plupart des fois, si ce n'est toutes les fois qu'un résultat concernant un patient est recueilli, le consentement éclairé est requis. En plus, bien que les données soient collectées à la fois auprès de ceux qui ont donné leur consentement et de ceux qui ne l'ont pas donné, il n'est nécessaire de ne rapporter que les données de ceux qui ont donné leur consentement. Bien que la demande de consentement éclairé soit scrupuleusement respectée, les analyses statistiques semblent être à l'abri des biais liés au consentement éclairé. Cette « immunité au biais de consentement » est due au moins à deux approches méthodologiques : 1) au moyen d'une condition d'ignorabilité, qui suppose que le comportement des non-consentants est similaire à celui des consentants, l'analyse statistique est justifiée sans tenir compte du taux de personnes qui n'ont pas consenti à fournir leurs informations ; ou 2) en utilisant certaines caractéristiques individuelles, les résultats des non-consentants sont imputés. Le problème de ces solutions est qu'elles ne respectent pas la substance du consentement éclairé : il n'est pas possible d'utiliser les informations des personnes qui n'ont pas donné leur consentement pour les utiliser comme si elles avaient donné leur consentement. Dans cette présentation, nous souhaitons proposer une autre façon de rapporter et d'analyser les résultats des patients en rendant explicite le biais du consentement. Pour ce faire, nous utiliserons des techniques d'identification partielle, qui nous permettent de montrer ce qu'il est possible de tirer des données malgré le biais de consentement.

Appropriateness of laboratory testing in the intensive care: a literature overview

Luigi DEVIS, Emilie CATRY, Giuseppe LIPPI *et al.*
CHU UCL Namur, Laboratory Medicine
E-mail : luigi.devis@student.uclouvain.be

With the rise in healthcare costs, hospitals must deliver quality care within a constrained budget. Clinical laboratories play a crucial role in healthcare, as they are involved in most medical decisions. However, as laboratory utilization increases, inappropriate usage also rises. In hospital laboratories, up to 70% of routine tests are deemed inappropriate.

We extensively reviewed the literature on the (in) appropriateness of laboratory testing. We reviewed interventions implemented in the critical care to improve appropriateness of testing. We will perform a scoping review to comprehensively outline the available testing guidelines with the goal of improving testing appropriateness in the intensive care.

Improper laboratory use has negative effects on patient safety, staff workload, institutional costs, healthcare costs, quality of care, and the environment. Overuse of testing can cause hospital-acquired anaemia and lead to a need for transfusion adding risks and costs, burdens phlebotomy and laboratory staff thereby increasing costs and risks of error, causes nosocomial infections, yields incidental findings and unnecessary additional interventions, results in diagnostic errors and inappropriate therapeutic choices, and has an environmental impact. Underuse can result in missed or delayed diagnoses. Interventions to manage inappropriate testing in the intensive care unit result in fewer tests being requested, improved safety, and reduced costs. Strategies based on guidelines prove to be an effective form of intervention.

Laboratory medicine is an important actor in value-based healthcare. Reducing inappropriate testing is feasible, and can have positive impacts on patients, staff, hospitals, healthcare systems, and the environment. We provide the example of the intensive care unit. To further improve the appropriateness of laboratory testing, we will provide an overview of the testing guidelines that are currently available.

Implementation of a fluid stewardship (FS) quality improvement program

Manu MALBRAIN, Dries TANT, Luc BELMANS
Internist-intensivist, First Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Medical University Lublin, Poland
E-mail : manu.malbrain@telenet.be

Unfortunately, infusion fluids do not get the attention they deserve, they are not seen as real medicine. As with antibiotic stewardship, we must pay attention to the 4 D's¹. Analysis of national Belgian data on consumption of proprietary medicinal products (via ATC codes) shows that intravenous (IV) infusion fluids were administered for a total of 14,296,864 litres in 2017. Put into perspective, this gives an average of 7.15 liters of IV fluid per stay and 0.99L per bed occupying day. Good clinical practice IV fluid use should aim for a consumption of a maximum of 4L or less per stay or 0.4L or less per day².

Analysis of fluid issuing in a Belgian 250-bed hospital based on feedback from "Forfait Pharmaceutical Specialties" (FFPS) and benchmark with international literature data and cost-savings estimation. The fluid use per patient and per day were calculated. Patients with fluid overuse were identified as follows: selection of patients who received a total >6L fluids per patient and >0.6L per day. After exclusion of the necessary medications patients with overuse received >4L and >0.4L per day.

In a 12-month period 5713 (77%) of all hospitalized patients received IV fluids for a total cost of 332872€ (47.4% of total FFPS). This represents 5.7 L/patient or 0.7L/day.

If we analyze patients with fluid overuse as defined above, they consume almost half (46.6%) of the IV budget or a quarter (26%) when excluding nutrition (Table 3). If fluid overuse could be normalized to 4L or 3L/patient this would result in a total cost-savings of 38628€ and 42681€ respectively.

With the implementation of a FS program, it is possible to reduce IV fluid use. The analysis of the FFPS by Medaman helps to assess baseline measurement, peers compare and follow-up of KPIs.

Implementation of FS quality improvement program via FFPS and collection of real word data in OMOP-CDM format can help hospitals to identify potential knowledge gaps and improve fluid related outcomes and save costs.

Bibliographie

1. Malbrain ML, Van Regenmortel N, Owczuk R. It is time to consider the four D's of fluid management. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2015;47 Spec No:s1-5.
2. McDougall M, Guthrie B, Doyle A, Timmins A, Bateson M, Ridley E *et al.* Introducing NICE guidelines for intravenous fluid therapy into a district general hospital. *BMJ Open Qual.* 2022;11(1):e001636.

La neurochirurgie 24h chrono : un trajet de soins orienté vers l'avenir

Gauthier COUPÉ, Michel TRIFFAUX
Centre hospitalier de Wallonie picarde (CHwapi)
E-mail : gauthier.coupe@chwapi.be

Depuis 2019, c'est 178 patients qui ont bénéficié du trajet de soins « neurochirurgie 24h chrono ». La volonté étant d'augmenter le suivi des patients tout en réduisant leur hospitalisation. Des patients devant subir une intervention de type hernie discale lombaire, hernie cervicale, laminectomie ou autres se sont donc vu proposer le concept de « neurochirurgie 24h chrono ».

L'intervention planifiée, une consultation est programmée le jour de sa consultation d'anesthésie avec l'infirmier d'hospitalisation à domicile (HAD) afin d'expliquer ce procédé et les différentes étapes du trajet de soins. La veille, le patient reçoit un appel afin de lui communiquer : son heure d'arrivée (2 h avant l'heure du bloc opératoire prévue), un rappel des consignes préopératoires (rasage, jeûne, ...) et permet au patient de poser ses questions. L'infirmier de l'HAD passe le lendemain de l'intervention, avant la sortie du patient, pour s'assurer que toute la documentation concernant son retour est prête et à disposition. La même cellule d'hospitalisation contact le patient à J2, J7 et J21 en post-opératoire.

C'est pour cela que la cellule HAD, lors de la consultation infirmière préopératoire, fournit un carnet de liaison : s'y trouve le parcours complet de sa prise en charge avec les acteurs rencontrés (parcours filmé et disponible via QR code) mais, également, des informations sur la récupération post-opératoire, une foire aux questions rencontrées régulièrement.

En 2022, 48 patients ont bénéficié de ce trajet de soins, moins de 7% ont vu leur séjour prolongé entre 1 à 3 jours et 83,3% se sont déclarés prêt à renouveler ce mode d'hospitalisation.

Quand l'optimisation du trajet de soins permet l'émergence du patient partenaire....

Jacques HERNIGOUE, Anthony DELFOSSE, Marie NOË, Nassira BELGHEZLI

Centre Hospitalier EpiCURA

E-mail : nassira.belghezli@epicura.be

Dans chaque institution hospitalière se pose la question de l'efficacité de la prise en charge des patients; challenge d'autant plus vrai pour la chirurgie orthopédique programmée. Parallèlement à cette optimisation des soins, la relation soignant-soigné évolue, d'un modèle paternaliste à un modèle de prise de décision partagée. La philosophie de réhabilitation améliorée en chirurgie orthopédique (RAC) ou *Rapid Recovery*[®] regroupe ces deux notions indispensables à la chirurgie prothétique du membre inférieur.

Ces programmes reposent sur la standardisation et l'amélioration de la prise en charge pour permettre au patient une récupération plus rapide que les protocoles standards. Ce modèle nécessite un patient ACTEUR de ses soins, guidé par une équipe pluridisciplinaire. Pour ce faire, un support informatif et un outillage complet sont nécessaires pour que celui-ci puisse comprendre les différentes étapes de sa prise en charge.

Le guide lui permettra de consulter les objectifs fixés et se comparer aux standards d'évolution post opératoires. En résumé, cet outil vise à faire du patient un acteur central dans la cohésion et la continuité de sa chirurgie de façon à optimiser sa rééducation et la récupération de son autonomie, en se référant à des seuils attendus.

Dans le cadre des séjours liés aux interventions de prothèse totale de genou sur une période de 4 mois de 2018 et de 2023, une analyse comparative a été réalisée. Une différence importante a été observée dans les séjours : -50% de passage en revalidation, -50% de la durée en séjour aigu. Au travers de l'enquête de satisfaction, nous observons un retour positif du trajet de soins par les patients. Nous présenterons au travers d'éléments d'analyse l'impact positif de cette spécificité de prise en soins RAC sur l'expérience patient.

Implémentation d'une coopération Sud-Sud pour développer la chirurgie endonasale en privé au Bénin

Josias SOHINTO¹, Basilide TEA², Georges LAWSON³ et al.

¹Clinique les Mélodies, Godomey, Bénin,

²Service ORL CHU Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire,

³Service ORL Site Dinant, CHU UCL Namur, Belgique

E-mail : sohintoj@yahoo.fr

Nombreux défis entravent le développement de l'ORL en Afrique francophone notamment le manque d'infrastructures, l'exode des praticiens et les limites financières des patients. Pour surmonter ces défis, des mouvements de praticiens ou de patients sont nécessaires : soit du sud vers le nord ou du nord vers le sud avec plusieurs difficultés. La coopération Sud-Sud offre une solution prometteuse et nous partageons notre expérience en privé dans le domaine de la chirurgie endoscopique endonasale.

Il s'agit d'une étude rétrospective après 3 ans de coopération entre les équipes de la Clinique « Les Mélodies » au Bénin et du CHU de Cocody en Côte d'Ivoire.

Sur 3 ans, 4 missions ont été faites, 30 patients opérés, 25 médecins ont pu suivre; le suivi moyen est de 16,6 mois, la Sex ratio 1,5 et l'âge moyen 40 ans. L'obstruction nasale est le symptôme prédominant et la sinusite aspergillaire, le diagnostic le plus fréquent. L'évaluation pré-chirurgicale incluant une TDM des sinus et une nasofibroscopie est optimale chez 100% des patients conformément aux recommandations actuelles. En peropératoire, nous avons noté 0 complication majeure et 4% de complications mineures ce qui est conforme aux données récentes qui décrivent entre 0,5 à 5% de complications mineures et 0,1% complications majeures. L'évolution post-opératoire est satisfaisante chez 90% des patients. Le coût global pour le patient représente une proportion de 1/6 par rapport à la France et 1/3 par rapport à la Côte d'Ivoire avec un rapport qualité/coût nettement favorable pour le patient. La coopération aboutit également à une autonomisation progressive de l'équipe locale.

La coopération Sud-sud constitue l'avenir de nos systèmes sanitaires avec une valeur ajoutée incontestable. Elle contribue à une réduction significative des coûts par les prises en charge au niveau local, une optimisation des ressources et une hausse des activités de transferts de compétences. Il s'agit donc d'une expérience à poursuivre et à améliorer.

Vers un nouveau modèle organisationnel de soins à domicile : « Un Nôtre Soins »

Séverine VERMEERSCH, Patricia BEAUFAYS,
Delphine MATHIEUX

ASBL Aide et Soins à Domicile (ASD) en Province de Namur

E-mail : severine.vermeersch@asd-namur.be

Inspiré du modèle « Buurzorg » aux Pays-Bas, ce projet vise à fidéliser le personnel de soins et à être attractif pour attirer/recruter de jeunes infirmiers. Une diminution du turn-over et de l'absentéisme est poursuivie. En objectifs secondaires, l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients et l'émergence d'un nouveau mode de financement des soins infirmiers à domicile permettant leur pérennisation est visée.

Constitués en équipe-pilote, 12 infirmiers ont été formés aux modes de gouvernance sociocratique, à raison de six séances de formation (une par mois). Différents rôles ont ainsi pu être attribués : planificateurs horaire ou tournée, référent médecin, animateur et secrétaire ou encore facilitateur de communication. Un questionnaire, appelé « boussole », a été établi afin d'évaluer l'état d'esprit de l'équipe-pilote, en comparaison avec les autres équipes. De même, un questionnaire de satisfaction des patients a été initié. Une visite de deux professionnels à « Soignons humain » à Lille a été organisée. Un comité de pilotage au sein de la structure (ASD) a été mis en place ainsi qu'un comité d'accompagnement au niveau de la fédération (FASD).

Etant en phase d'expérimentation sur un petit échantillon dans un laps de temps court, nous ne pouvons pas dégager des résultats quantitatifs significatifs (évolution de l'emploi, turn-over, recrutement). Toutefois, les indicateurs qualitatifs sont nombreux : amélioration de la charge de travail, horaire de travail alliant conciliation vie professionnelle/vie privée, mobilisation du réseau social de proximité, rôle de facilitateur de communication, élaboration et suivi des indicateurs financiers par les équipes.

Ce nouveau modèle semble réellement prometteur. Le tester à plus grande échelle, soit sur l'ensemble de l'équipe (30 personnes) et l'ensemble des tournées de soins (17) permettra d'affiner les résultats obtenus eu égard aux objectifs poursuivis. L'utilisation des questionnaires à plus large échelle permettra également de donner des résultats plus précis. Notons que le passage d'un financement à l'acte à un financement forfaitaire reste indispensable pour la viabilité de ce nouveau modèle organisationnel.

Pansons autrement : un appel au bon sens pour un secteur en recherche de souffle

Julien PIRON, Fanny RASPILAIR *et al.*

Aide et soins à domicile (ASD), Hainaut oriental

E-mail : julien.piron@fasd.be

Inverser la pyramide de gouvernance au sein d'Aide & Soins à Domicile Hainaut Oriental afin de rendre leur pouvoir au personnel de terrain. Apporter du cadre, de l'organisation et du bon sens au personnel et à travers cela, développer leur carrière, leur motivation et parallèlement relancer le moteur de l'entreprise. Rendre possible l'implémentation de l'amélioration continue dans un processus décentralisé.

A l'instar du Buurtzorg, implémentation des principes de sociocratie au sein de la population de travailleurs des soins à domicile. Afin de permettre que les thématiques amenées en réunion de sociocratie ne s'épuisent pas ainsi que pour donner une approche plus structurée et permettre la détection des capacités d'amélioration continue, les outils du LEAN management sont également mis à contribution. Implémenté comme un projet pilote sur une équipe de 30 infirmiers.

Après une année de mise en place, au sortir d'une crise sanitaire qui a marqué tant les esprits que les organismes, le projet pilote a eu pour résultat de remettre du cadre dans l'approche des soins au domicile, de solidariser les individus autour du patient, améliorer le sentiment d'appartenance à l'entreprise, remettre le patient au centre des préoccupations (96,4% de satisfaction), réduire l'absentéisme (-33%), améliorer la rentabilité par heure prestée (+28,9%), diminution du déchet opérationnel (résultats variables sur différentes initiatives), amélioration de la communication institutionnelle et interpersonnelle.

Pour des équipes de 10-12 infirmiers de terrain, la combinaison d'application des pratiques sociocratiques avec la philosophie du LEAN management a permis, sur la période pilote, d'ouvrir la fenêtre sur un autre monde opérationnel, où tant l'usager que le prestataire sont au centre, rapprochés de leur fibre de soignant en confrontant les inefficiences et frustrations que le collectif et l'individuel expérimentent sur le terrain. Ce modèle fonctionne. Il peut mieux fonctionner encore si la tarification INAMI était alignée à la philosophie du projet, une tarification à l'acte est un frein majeur à l'implémentation du Buurtzorg.

L'appel post-hospitalisation pour améliorer la continuité des soins

Véronique LABIE, Marie-Christine VAN BASTELAER, Delphine UYTENDAELE

Centre hospitalier de Wallonie picarde (CHwapi)
E-mail : delphine.uytendaele@chwapi.be

Afin d'améliorer la prise en charge des patients, le transfert de l'information et d'éviter les réadmissions, l'appel téléphonique post hospitalisation a été instauré au sein du pôle de réadaptation du CHwapi à l'initiative d'une infirmière en chef.

Les patients sont sélectionnés lors de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire sur base de l'échelle 'Hospitals' réalisée par le médecin et du jugement clinique. Lorsque l'équipe recommande la programmation d'un appel téléphonique, elle sélectionne les thématiques à aborder en fonction du profil du patient. L'infirmier en chef lui explique les objectifs et obtient son consentement. Les modalités d'appel sont ensuite définies conjointement : jour, heure, personne à contacter. Sept jours après la sortie, l'infirmier réalise un entretien téléphonique semi-dirigé, comprenant un tronc commun et d'autres questions spécifiques à chaque discipline. Les réponses sont notifiées dans le dossier du patient. Si un problème est relevé, l'infirmier émet des recommandations et transmet l'information à l'équipe pluridisciplinaire qui programme un appel de suivi si nécessaire. En cas de non-réponse à l'appel, une seconde tentative est réalisée dans les 24h.

Durant la phase pilote, du 1^{er} mars au 31 août 2022, 87 patients ont été contactés et 77 ont répondu au premier appel, soit 88,5%. Sur les 81 patients ayant répondu à la question « Comment s'est déroulé votre retour? », 15 ont exprimé avoir eu des difficultés, soit 18%. Les difficultés étaient principalement d'ordre logistique. Spécifiquement concernant le risque de chute, parmi les 87 patients, 23 présentaient un risque de chute. Seul un patient a rechuté, sans conséquence. Enfin, le taux de réadmission a chuté, passant de 7,8% en 2021 à 4,4% en 2022, pour la période de mars à août.

L'analyse des réponses fournies lors des appels permet d'améliorer le processus de prise en charge et d'assurer une meilleure continuité des soins. Elle favorise les contacts avec les partenaires externes. Un plan de déploiement institutionnel a été construit pour l'élargir à d'autres secteurs de soins. Depuis septembre 2022 à août 2023, 149 patients de réadaptation ont bénéficié du contact post hospitalisation.



L'hospitalisation à domicile (HAD), un service qualitatif au service du patient

Grégoire CNUUDE

Centre Hospitalier EpiCURA

E-mail : gregoire.cnuude@chwapi.be

S'inspirant des pays européens tels que la France, l'HAD est née en 2018 en Belgique en tant que projet pilote sous l'impulsion de Maggie De Block. Douze hôpitaux pilotes ont eu la chance d'être choisis dont le CHwapi de Tournai. Dans cette institution, le développement a été ciblé autour de l'antibiothérapie intraveineuse à domicile afin de permettre un retour plus précoce du patient dans son lieu de vie.

Depuis lors, plus de 500 patients ont pu bénéficier de ce type de soins à domicile avec un éventail large de pathologies (infection urinaire, infection prothèse ortho...) ce qui leur permet de pouvoir rentrer plus tôt à domicile avec un même suivi de qualité que s'ils étaient restés en milieu hospitalier, avec des rendez-vous en consultation, des biologiques, des appels téléphoniques...

Pour cela, une équipe multidisciplinaire prend en charge le patient (médecins spécialistes, infirmiers à domicile, diététiciens, assistants sociaux ainsi que les familles) pour la sécurité de celui-ci. Le patient est sensibilisé en pré-HAD sur le rôle qu'il aura à jouer, afin de l'autonomiser et le rendre acteur de ses soins de santé (*empowerment*).

Au niveau financier, le coût a très peu d'impacts sur le patient (suppression du ticket modérateur), hormis le prix des sets de pansement Picc Line à charge du patient (16€/set).

Une collaboration avec de firmes de matériel médical utilisé à domicile a été mise en place (set à pansement Picc Line-Midline sur mesure) mais aussi en intra-hospitalier sur l'utilisation pertinente des cathéters de type Picc Line/Midline (permettant d'injecter en toute sécurité des antibiotiques IV à domicile par l'équipe soignante du domicile).

La qualité de vie du patient s'en trouve améliorée lors de son retour à domicile : il s'alimente mieux, se mobilise davantage, voit sa famille et montre des évolutions significatives.

Des enquêtes de satisfaction ont été mises en place pour connaître les avis des patients. A souligner, un taux de plus de 95 % de satisfaction chez les patients bénéficiaires.

Impact des SwissDRG et des IPM (Itinéraire Patient Manager) sur la plan financier et qualitatif

Andrea RUDAZ, Gaelle RUCHAUD, Jérôme STIRNEMANN

Direction médicale et Service de Médecine interne, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse

E-mail : andrea.rudaz@hcuge.ch

En 2012, un nouveau système de financement hospitalier lié à l'activité et basé sur des groupes de pathologies (SwissDRG) a été mis en place dans les hôpitaux suisses.

Les HUG ont implémenté une nouvelle fonction, l'« Itinéraire Patient Manager » (IPM), afin d'optimiser la trajectoire des patients, la durée des séjours et la documentation clinique des cas.

59.621 séjours sortis du Service de Médecine interne générale (SMIG) des HUG entre 2007 et 2019 ont été analysés afin d'évaluer l'impact de la structure tarifaire et de l'introduction de cette nouvelle fonction sur les durées de séjour, sur le volume et la typologie des patients, sur le taux de réadmissions dans les 18 jours, sur la mortalité, sur le pourcentage de transferts en réadaptation, sur les processus de documentation et de codage ainsi que sur la *cost weight*.

L'introduction de cette structure tarifaire au sein du SMIG des HUG a induit une diminution de la durée moyenne de séjour (pente décroissante entre 2007 et 2019 avec $p < 0.001$; DMS entre 2007 et 2011=13.5j, DMS entre 2012-2019=10.8j, $p < 0.001$). Elle a également modifié l'orientation des patients à la sortie du séjour aigu en faveur des retours à domicile par rapport au transfert en réadaptation (2007-2011=70,2%/29,8%; 2012-2019=75,4%/24,6%, $p < 0.001$). Nous n'avons pas mis en évidence d'impact significatif, positif ou négatif, sur le volume et la typologie des patients ni sur le taux de réadmissions dans les 18 jours ou sur la mortalité à 3 mois.

L'introduction de la fonction d'IPM a permis une diminution de la durée moyenne de séjour à travers une meilleure adéquation entre la durée de séjour réelle et la durée de séjour attendue par SwissDRG. Cela s'est traduit par une diminution de l'écart à l'ALOS (1.9j vs 2.1j, $p = 0.040$), une diminution des séjours outlier haut (12,8% vs 14%, $p = 0.004$), ainsi qu'une amélioration du *cost weight* facturé et théorique des patients lorsqu'ils sont pris en charge exclusivement par le SMIG (CMI facturé : 1.17 vs 1.12, $p < 0.001$; CMI théorique : 1.09 vs 1.04, $p < 0.001$). Cette fonction a aussi permis d'optimiser les processus en lien avec la documentation clinique.

Optimisation du processus d'admission dans le pôle de réadaptation, analyse 360°

Delphine UYTTENDAELE, Amandine POULAIN,
Virginie VISSENAEKENS

Centre hospitalier de Wallonie picarde (CHwapi)
E-mail : delphine.uyttendaele@chwapi.be

Pour faire face à la réduction des durées de séjour dans le secteur aigu, il est indispensable de préparer le projet de sortie au plus proche de l'admission. La décision de transfert en réadaptation était parfois perçue par l'équipe uniquement pour ce motif, mais quelquefois sans réel projet pour le patient. Dans ce contexte, l'équipe pluridisciplinaire a analysé son processus d'admission pour comprendre le contexte. L'outil utilisé est la réalisation d'une analyse 360°, sous cinq perspectives : *efficacité du processus* par une analyse des flux des demandes d'admission et du trajet de soins vers les services de réadaptation ; *mentalités et comportements* au travers d'un questionnaire adressé aux demandeurs, pour la mesure de l'indice de culture de sécurité et du changement des équipes ; *organisation et leadership* par un examen des événements indésirables et du taux d'éligibilité d'admission ; *performance managériale* à partir d'une analyse des modes de communication entre équipes et de la faisabilité de piloter les données via un tableau de bord ; *infrastructure et support* par la révision du contenu du formulaire de demande.

À la suite d'une revue de 232 dossiers entre 2019 et 2020, le délai moyen de réponse à la demande était de 7,2 jours. De juillet à septembre 2021, parmi les 40 répondants à l'enquête envoyée à 156 demandeurs, seul 25 % ont exprimé une satisfaction concernant le processus d'admission et 35 % sont satisfaits de la qualité de la réponse fournie à la demande. En 2021, une revue de 55 dossiers a mis en évidence un taux d'éligibilité des patients dans les services de réadaptation de 83,6 %.

Les données fournies par l'analyse 360° ont permis de définir des actions prioritaires selon le rapport faisabilité/impact.

L'équipe de réadaptation en partenariat avec les demandeurs et les patients ont reconsidéré le flux d'admission. Les critères d'admission ont été redéfinis et le délai de réponse fixé à 48h. Les modalités de demandes d'admission ont été uniformisées, centralisées et intégrées dans un tableau de pilotage. Le patient est impliqué dans son transfert par une visite de préadmission par l'équipe de réadaptation.

Admissions « évitables » en salle d'urgences d'un résident en maison de repos : une revue narrative

Julie MERCHE, Thérèse VAN DURME,
Marie DE SAINT-HUBERT

Service de Gériatrie, CHU UCL Namur – Institut de
recherche Santé Société, UCLouvain
E-mail : marie.desainthubert@chuucnamur.
uclouvain.be

Les résidents en maison de repos et de soins ont des besoins médicaux complexes. Cette étude fait partie d'un projet de recherche visant à développer un modèle d'équipe mobile gériatrique en MR/S en Belgique comme outil potentiel de prévention d'une utilisation inadéquate du service des urgences. Il n'existe cependant pas de consensus pour identifier les admissions « évitables » en salle d'urgence dans cette population.

L'objectif de l'étude est d'affiner la définition du caractère « évitable » d'une admission aux urgences d'un résident de MR/S.

Nous avons réalisé une revue narrative de littérature centrée sur l'admission évitable en salle d'urgences sur base d'une équation de recherche détaillée dans la base de données MEDLINE/Pubmed utilisant les termes « avoidable », « inappropriate », « preventable » (2000-2023).

Le caractère évitable peut s'appuyer sur 5 catégories de logique de raisonnement : (1) situation clinique bénigne (lorsque la pathologie ou la gravité de celle-ci ne nécessite pas l'utilisation des urgences) ; (2) absence d'alignement avec les souhaits du patient ou son projet de soins ; (3) admissions en raison de pressions familiales ; (4) admissions en raison du contexte de la maison de repos et de soins (manque de disponibilité d'un avis médical, absence d'accès au spécialiste, manque de confiance de la première ligne en sa capacité de prise en charge) et (5) admissions en raison des politiques de santé centrées sur l'hôpital. Les résultats sont en cours de finalisation pour proposer une définition de consensus.

L'identification d'une définition précise et des raisons d'une admission évitable pour cette population permettra de focaliser nos efforts sur les possibilités d'amélioration dans les 5 domaines repris ci-dessus.

Télémonitoring Covid au CHwapi : Retour d'expérience

Mélanie DELVALLEE

Centre hospitalier de Wallonie picarde (CHwapi)

E-mail : melanie.delvallee@chwapi.be

Durant les différentes vagues de la pandémie COVID-19, les hôpitaux ont été confrontés à des défis médicaux mais aussi à des problématiques de gestion des flux des patients. La disponibilité des lits hospitaliers et du personnel médical/paramédical a été limitée à plusieurs reprises durant la pandémie, d'où l'importance d'évaluer la pertinence et la sécurité de l'organisation d'un retour à domicile précoce des patients hospitalisés pour une infection COVID-19 entre mars 2021 et février 2022 grâce à un suivi ambulatoire par télémonitoring.

Durant leur hospitalisation, les patients Covid ont été évalués par un test standardisé permettant d'estimer la sévérité de l'infection virale : le score de News modifié (*Modified National Early Warning Score* ou m-NEWS). Ce score simple est un outil permettant une évaluation reproductible des patients COVID-19. Il existe un risque majeur de sous-estimer la gravité réelle de la situation clinique du patient COVID-19. Les signes classiques de détresse apparaissent très tardivement. Un score ≥ 5 impose une évaluation aux urgences et doit faire discuter d'une hospitalisation. Un score ≥ 7 nécessite la prise d'un avis des soins intensifs et présente un risque élevé d'évolution défavorable du patient à court terme.

Un partenariat avec la société Masana a permis d'utiliser saturomètres, tensiomètres et thermomètres connectés. Une formation à l'utilisation des dispositifs connectés a été proposée aux patients ou à leurs proches. La gestion des alarmes a été organisée 24h/24. Le suivi était programmé pour une période de 11 jours. Les téléconsultations et suivi des paramètres étaient gérées par l'équipe d'hospitalisation à domicile du CHwapi.

Les médecins traitants ont été impliqués dans le suivi du patient à domicile dans les limites de leurs disponibilités.

Un écran de centralisation des alarmes a été installé dans les locaux de l'équipe d'hospitalisation à domicile en charge du télémonitoring ainsi que dans le PC infirmier du service Covid.

- 83 patients ont été suivis en télémonitoring de mars 2021 à février 2022 ;
- L'hospitalisation a pu être écourtée de 3,5 jours en moyenne ;
- A deux reprises, le médecin traitant a été contacté pour une réévaluation clinique (1 des paramètres hors norme mais score de News ≤ 5) ;
- 3 patients ont été réhospitalisés à la demande de l'équipe de télémonitoring soit 3,6 % de réhospitalisation. Toutes les ré-hospitalisations étaient pertinentes : un diagnostic d'embolie pulmonaire, une suspicion de phlébite chez une patiente enceinte, un transfert en revalidation cardio

pulmonaire pour une patiente présentant des épisodes de désaturation à l'effort.

- Il n'y a pas eu de décès ou de complications autres pour les patients en telemonitoring ;
- 1 patient a été perdu de vue (arrêt de communication avec l'équipe).

Les dispositifs connectés ont été utilisés sans difficultés par les patients, même les plus âgés (un patient de 97 ans). La participation de l'entourage a été sollicitée en soutien pour les patients les moins autonomes (1 patient aveugle).

L'équipe de suivi a été confrontée à des inversions d'encodage des paramètres entre température et fréquence cardiaque.

Le suivi de 3 patientes enceintes a imposé un suivi conjoint avec l'équipe de gynécologie-obstétrique.

L'évolution de l'infection COVID-19 est imprévisible en phase initiale. Le choix de positionner le télémonitoring en fin d'hospitalisation a été stratégique.

Le faible pourcentage de réhospitalisation montre la pertinence du score d'évaluation clinique et des critères d'inclusion/exclusion.

Le réglage des alarmes est un élément clé de la réussite du projet et de la sécurité des patients. Le paramètre apparaît optimal avec quelques erreurs d'encodage mais un nombre de déclenchement d'alarmes raisonnable. Aucun des patients réhospitalisés à la demande de l'équipe de suivi n'avait perçu d'éléments inquiétant spontanément. Le suivi en télémonitoring a permis un diagnostic précoce d'embolie pulmonaire.

L'âge, ni la perte d'autonomie, ne sont des freins pour proposer au patient un support de suivi via des technologies numériques. Lors de ce projet pilote, lorsque le patient n'était pas en mesure de transmettre lui-même ses paramètres de suivi, son entourage a pu être impliqué dans la prise en charge et servir de relais de l'information.

Le succès de l'expérience nous amène à envisager de développer la télésurveillance dans d'autres thématiques : pré-éclampsie, suivi par balance connectée du poids des patients en insuffisance rénale pré-terminale, télémonitoring des patients BPCO... Le même modèle d'organisation a été proposé au service de pédiatrie lors de la dernière épidémie d'infections respiratoires à VRS.

Plus d'infos : www.medinomia.be

La prochaine édition de MEDINOMIA se déroulera à Namur les **17 et 18 octobre 2024**

