

SP+Ts en Stock

Le magazine de la Clinique St-Pierre d'Ottignies

Trimestriel N° 25 - avril - mai - juin 2017

NO ST2 SOURCE			
HR	<input checked="" type="checkbox"/> %SpO2	89	
20	75	<input checked="" type="checkbox"/> PVC	0
50			
PAP	17/ 14(14)		
ABP	118/ 48(68)		

NO ST2 SOURCE			
HR	<input checked="" type="checkbox"/> %SpO2	93	
20	78	<input checked="" type="checkbox"/> PVC	0
50			
RESP	14	<input checked="" type="checkbox"/> ST-II	0.4
NBP	113/ 69(79)		

NO ST2 SOURCE			
HR	<input checked="" type="checkbox"/> %SpO2	93	
20	82	<input checked="" type="checkbox"/> PVC	0
50			
RESP	19	<input checked="" type="checkbox"/> ST-II	0.2
NBP	113/ 69(79)		

SpO2 NON-PULSATILE			
HR	<input checked="" type="checkbox"/> %SpO2	?	
20	75	<input checked="" type="checkbox"/> PVC	1
50			
RESP	21	<input checked="" type="checkbox"/> ST-II	0.0
NBP	95/ 60(68)		

Dossier Le service des soins intensifs

p.3

Le transport des patients p. 08
Le GIPS p. 11
Les autres métiers à la
Clinique St-Pierre p. 12

L'aile 1000

Projet d'ampleur débuté en octobre 2015, l'immeuble de bureaux sorti de terre face à l'entrée principale de la Clinique accueillera ses futurs occupants dès août 2017. A cet effet, nous y consacrerons un dossier complet dans notre prochain numéro. Nous reviendrons sur la conception de ce bâtiment que la Clinique St-Pierre a choisi passif, s'imposant ainsi une grande exigence de construction afin de répondre à son souci de réduire l'impact environnemental en alliant confort élevé, faible consommation énergétique et qualité durable.

Le saviez-vous ?

Dans le cas de chirurgies de surface (hernie inguinale par tomie, tumeur du sein, thyroïdectomie, mise en place d'une chambre implantable, biopsie, extractions de dents...), vous pouvez être opéré sous hypnose. L'hypnose vous plonge dans un état de conscience modifié mais vous restez éveillé, vigilant et concentré. Elle est combinée à des anesthésiques locaux, voire à une légère sédation intraveineuse, afin de vous assurer un confort maximal. Tout au long de votre intervention, vous êtes en mesure de communiquer et de faire entendre votre souhait de vous réorienter dans l'instant vers une anesthésie générale.

Pourquoi ? Les suites opératoires, lorsque vous avez recours à l'hypnose, sont plus favorables : diminution des douleurs post-opératoires, de la durée d'hospitalisation, des nausées et vomissements, de l'immunosuppression. Par ailleurs, votre vécu est très différent car vous devenez acteur de votre propre intervention. Sortant de votre rôle passif, vous vivez une expérience agréable plutôt que de subir une chirurgie.

Le conseil ? Constituez à l'avance un recueil de souvenirs agréables qui sera la base de l'accompagnement hypnotique par l'anesthésiste. Vous le lui communiquerez lors de la consultation préopératoire. En outre, sachez que l'hypnose peut être utilisée à d'autres fins médicales et se révèle un outil précieux notamment dans la gestion de la douleur aiguë ou chronique, la préparation à l'accouchement, le traitement des phobies, l'arrêt du tabac, la gestion du stress, la préparation à la chirurgie et la gestion des traitements médicaux lourds.

Editeur responsable
Dr Philippe PIERRE
9 avenue Reine Fabiola
1340 Ottignies

Coordination de la rédaction
Cellule Communication CSPO :
Guillaume Sarramagnan
Isabelle Wauthy
Pauline Modrie
Communication@cspo.be

Rédaction
Alexandra Bocca
Laurent Givron

Réalisation
Redline Communication

Trimestriel
Tirage 5.000 exemplaires



Le service

des soins intensifs USI

Le service des soins intensifs (USI) de la Clinique St-Pierre accueille 1 100 à 1 200 patients par an dont 75% relèvent de l'admission non programmée. Le service intervient, en intra hospitalier, chaque fois qu'il y a une menace vitale potentielle. Il assure au patient une couverture médicale 7 jours/7 et 24h/24.

La patientèle

Est admis aux soins intensifs tout patient présentant un dysfonctionnement effectif ou prévisible d'un ou de plusieurs organes mettant sa vie en danger. Le médecin intensiviste est donc confronté à un grand nombre de pathologies relevant de spécialités attachées aux dits organes. En outre, seul 25% de la patientèle connaît une admission élective à la suite d'une intervention chirurgicale lourde nécessitant une surveillance accrue immédiate mais généralement de courte durée. Les autres 75% sont des admissions non programmées, relevant de l'état d'urgence. Les admissions s'effectuent d'ailleurs pour moitié entre 19h et 8h. Ces deux spécificités propres aux soins intensifs amènent le Dr. Dugernier, chef de service de l'USI, à comparer le médecin intensiviste à un « généraliste du non programmé en situation critique ».

L'organisation

La surveillance accrue de tous les instants nécessite une organisation pensée en termes d'agencement et de relais auprès du patient. Ainsi, les chambres sont disposées autour d'un poste central de surveillance et de travail. Le service dispose de 2 chambres avec sas en cas d'infection nécessitant l'isolement du patient, d'un espace réservé à l'accueil des familles, de bureaux médicaux, de surfaces de rangement ergonomique pour le matériel et les médicaments et d'une chambre de repos pour le médecin de garde. L'USI se situe sur le même plateau que les services des Urgences, de dialyse, de radiologie et le bloc opératoire avec lesquels la collaboration est quotidienne. Cinq médecins intensivistes se relaient afin d'assurer une présence permanente, 7 jours/7 et 24h/24, et de couvrir les besoins de tous les services de la Clinique. Quarante infirmiers, 2 infirmières affectées

à la structure de recherche clinique, 2 kinésithérapeutes, 1 secrétaire, 5 médecins intensivistes et des assistants en formation composent l'équipe de l'USI.

Le fonctionnement

Les prestations du médecin intensiviste sont longues, stressantes et parfois nocturnes. Malgré ce contexte peu propice, il doit être ouvert au dialogue et savoir faire preuve d'empathie, deux exigences nécessaires à l'exercice de cette fonction. « La compréhension émotionnelle de la situation et la bonne communication sont inhérents à notre culture », souligne le Dr. Dugernier. « Il faut cultiver les échanges avec la famille (et/ou le patient lorsque c'est possible), établir un rapport de confiance, répondre à leur inquiétude. La famille est un levier important ». Elle sera consultée deux fois par jour et pourra joindre le service à toute heure par téléphone. « L'empathie permet de construire de belles histoires et d'alléger de grandes peines ».

Les atouts

Le service des soins intensifs de la Clinique St-Pierre est reconnu pour la qualité de sa recherche clinique, entamée de longue date. Plusieurs protocoles, sur base de la patientèle, courent simultanément. L'USI de la Clinique se distingue également pour la qualité de sa formation. Sa richesse est en adéquation avec le recrutement important. En effet, le service des Urgences de la Clinique St-Pierre étant isolé au sein du Brabant Wallon et les soins intensifs faisant partie de la chaîne de traitement, les cas traités sont multiples et variés.

Medical Emergency Team

Nous vous faisons part, dans votre SPOTs en Stock N°21, d'une communication émanant des soins intensifs et destinée à l'ensemble des services de la Clinique : la mise en place du Medical Emergency Team. Pour rappel, il s'agit d'une évaluation proactive par le médecin ou l'infirmier d'une unité classique ou du service des Urgences sur base de critères d'appel définis, déclenchant l'intervention médicale des médecins intensivistes.

Mis en place le 18 janvier 2016, le Medical Emergency Team s'intègre dans cette politique de dialogue chère à l'USI. Il optimise la couverture préadmission, permettant un dépistage précoce et la mise en place de soins de soutien des organes défaillants. Dans l'autre sens, il permet la surveillance des premiers pas du patient hors du service des soins intensifs pour une unité classique. Enfin, la communication avec le médecin soignant est maintenue facilitant un conseil, une prise en charge ou encore une réflexion et une discussion sur les limites à fixer et au-delà desquelles le patient ne peut espérer la restauration de sa qualité de vie antérieure.

L'équipe infirmière

L'équipe infirmière se compose d'une quarantaine de personnes représentant l'équivalent d'une trentaine de temps pleins. Une présence est assurée 24h/24 par 4 à 6 infirmiers selon l'affluence enregistrée dans le service.

Les tâches de l'infirmier en soins intensifs :

ASSURER LA SURVEILLANCE

il doit rester attentif aux fonctions vitales de son patient (tension, pouls, température, respiration...), ainsi qu'aux paramètres révélés par l'appareillage. Il s'agit d'une surveillance de chaque instant. Outre le relevé des paramètres du patient toutes les 3 heures, le contrôle est maintenu via le monitoring. Aidé dans sa tâche par un arsenal technique, il doit compléter sa surveillance par l'observation et le touché (ex. : un patient transpirant, froid au touché, un état cutané anormal...).

ASSURER LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT HOSPITALISÉ DANS LE SERVICE

il doit répondre à tous les besoins du patient, ce qui renforcera sa vision globale de l'état de ce dernier : toilette, mise au fauteuil, soins de la bouche, pansements... Un infirmier a sous sa responsabilité 3 à 4 patients maximum, dont il s'occupe exclusivement, ceci à l'exception d'une grosse alarme où toute l'équipe infirmière est alors susceptible d'intervenir. Les patients d'un même infirmier sont dans des chambres contiguës dans un souci de renforcer au maximum la surveillance permanente.

GÉRER LES ADMISSIONS ÉLECTIVES ET LES ADMISSIONS NON PROGRAMMÉES

les admissions électives concernent les patients en provenance du bloc opératoire pour une chirurgie lourde, nécessitant une surveillance accrue. Ces admissions sont prévues et planifiées. Au contraire, les admissions non programmées concernent les patients venant des Urgences, des autres unités ou de la salle d'opération à la suite d'une chirurgie plus lourde qu'attendue ou ayant engendré des complications. Les admissions non programmées constituent 75% du taux d'occupation des soins intensifs. Il s'agit alors de réorganiser en permanence le service. Mme Vandewalle, infirmière chef de l'USI : « Nous ne sommes jamais en mesure de savoir à l'avance le degré d'activité de notre service. C'est très variable. L'imprévu est notre quotidien. En ce sens, nous devons nous adapter aux besoins ponctuels dans la mesure de notre capacité d'accueil, soit une capacité de 15 lits. S'il peut arriver d'y avoir une demande trop importante, nous pouvons compter sur les Urgences comme soupape ».

ASSURER L'AIDE MÉDICALE URGENTE EN INTRA HOSPITALIER

lorsqu'une personne nécessite une aide médicale urgente à l'extérieur de l'établissement hospitalier, elle fait appel aux Urgences. Lorsque l'arrêt respiratoire, l'arrêt cardiaque, le malaise ou la perte de connaissance survient dans l'enceinte de l'établissement hospitalier, l'intervention relève du ressort du service des soins intensifs. Deux infirmiers et un médecin intensiviste, munis d'un chariot de réanimation comprenant tout l'équipement et les médicaments nécessaires, se rendent sur les lieux et apportent l'aide médicale requise.

COMMUNIQUER

La communication et la transmission des informations entre tous les intervenants (infirmiers, médecins, kinésithérapeutes, familles) sont primordiales. Tout acte posé, toute constatation, toute observation doivent être consignés méticuleusement à l'attention des collègues et notamment ceux qui prennent la relève, afin que la continuité du traitement et de la surveillance ne soit jamais interrompue.

La formation

L'infirmier en soins intensifs a suivi une spécialisation d'un an en soins intensifs et en aide médicale urgente (SIAMU) ou a fait l'objet d'une formation par ses pairs. Dans tous les cas, un parrainage est mis en place auprès des nouvelles recrues. En outre, il bénéficie d'une formation continue en externe et en interne, délivrée par des médecins de l'établissement en vue d'actualiser ses connaissances. En cas de nouveaux équipements, des formations supplémentaires sont données par les firmes. Enfin, plusieurs groupes de travail ont été mis sur pied afin de couvrir des domaines tels que l'encadrement des étudiants (SIAMU), les techniques spécifiques, l'hygiène, l'informatique, l'éthique...

L'accompagnement des familles

La première étape dans la prise en charge des familles consiste à relayer l'information médicale. Livrée par le médecin, elle peut demander un complément d'explication. Trouver les mots justes et simples pour expliquer une situation perçue comme improbable peut se révéler un exercice difficile mais indispensable à l'accompagnement des proches. Mme Vandewalle : « L'infirmier en soins intensifs est un grand technicien mais il doit conserver son caractère humain. Il est important de savoir faire preuve d'empathie ». L'équipe infirmière explique, répond, écoute, soutient et garantit une présence bienveillante. Mme Vandewalle : « Nous sommes nous-mêmes parfois éprouvés par la dureté d'une situation ou l'attachement que nous pouvons ressentir pour un patient. Nous sommes des êtres humains qui soignons d'autres êtres humains ».



Le rôle du kinésithérapeute

Le travail du kinésithérapeute auprès des patients du service des soins intensifs est primordial pour préserver autant que possible, voire restaurer une autonomie tant sur le plan respiratoire que locomoteur. Ceci est d'autant plus vrai que la patientèle est de plus en plus âgée. Mme Dubail et Mme Dedobbeleer, les deux kinésithérapeutes du service, nous expliquent :

Exercer son métier de kinésithérapeute auprès de patients des soins intensifs présente-t-il des spécificités ?

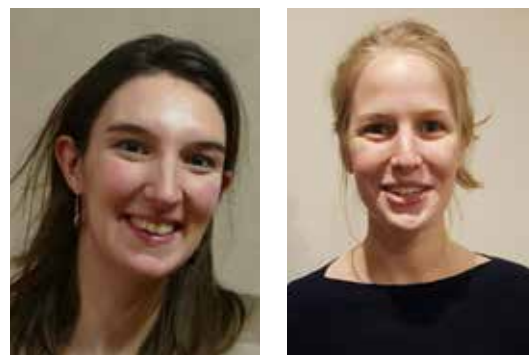
Nous œuvrons, comme pour tout patient, à favoriser la mobilisation à des fins de maintien de l'autonomie mais aussi de confort. Nous évitons ainsi la fonte musculaire, les escarres... Nous intervenons de façon précoce, même chez les patients ventilés mécaniquement de manière invasive. La spécificité du travail aux soins intensifs réside davantage dans la variabilité de l'état de santé des patients qui nécessite une adaptation à tout moment. Certains patients sont alités, intubés et inconscients, d'autres savent aller au fauteuil, marcher avec de l'aide et être actif lors des exercices respiratoires ou musculaires. Le fait qu'ils soient pour la plupart fortement appareillés, constituent une autre spécificité. Monitoring, ventilation invasive ou non invasive, perfusions, oxygène, voie centrale... ne simplifient pas les mobilisations. Le maître mot reste l'adaptation.

Travailler aux soins intensifs nécessite-t-il une formation particulière ?

Il n'existe pas de formation spécifique de type long ciblée exclusivement sur la pratique dans un service de soins intensifs. Cependant, il est important de suivre des formations ponctuelles afin d'approfondir nos connaissances, principalement en rapport avec la ventilation invasive et non invasive qui n'est pas beaucoup abordée pendant nos études. Il faut surtout apprivoiser le milieu dans lequel nous évoluons.

Votre travail s'effectue-t-il en collaboration avec le reste de l'équipe ?

Oui, absolument. C'est un des avantages d'exercer notre métier à la clinique : pouvoir compter sur une équipe. Nous faisons régulièrement appel à l'équipe infirmière pour nous aider lors des mises au fauteuil ou pour manipuler un patient alité avec lequel l'interaction est difficile. En outre, la communication au sein du service, entre infirmiers, médecins, kinésithérapeutes est essentielle. Par exemple, après auscultation, un médecin peut nous demander d'intervenir sur un patient au niveau respiratoire. Le travail pluridisciplinaire dans l'approche globale du patient est très important.



Audrey Dedobbeleer et Charline Dubail
Kinésithérapeutes

CONSIGNES AUX VISITEURS

Respectez les horaires de visite : tous les jours de 12h30 à 13h et de 18h30 à 19h.

Etablir des heures de visites permet au service de gérer de façon optimale la prise en charge des familles. Il s'agit de moments établis pendant lesquels le médecin sait pouvoir communiquer avec les proches de ses patients et inversement. En outre, il est important de faire primer le confort du patient éprouvé en minimisant la transmission du stress et de l'inquiétude. Enfin, pour des raisons évidentes de surveillance permanente, l'environnement du patient est sonore (alarmes des machines et monitorings) et lumineux (surveillance visuelle). Il est donc indispensable de favoriser autant qu'il se peut son repos.

Désinfectez soigneusement vos mains à l'entrée et à la sortie.
Des distributeurs de solution hydro-alcoolique sont à votre disposition.

Le don d'organes



En Belgique, le prélèvement et la transplantation d'organes sont régis par la loi du 13 juin 1986. Elle stipule que tout défunt belge dont le dernier domicile était en Belgique et tout défunt inscrit dans le registre des étrangers depuis plus de six mois et qui de son vivant ne s'est pas opposé expressément à un don d'organe est candidat à un tel don. Elle stipule également la gratuité, l'anonymat et le consentement présumé.

Chacun peut faire acter au Registre National son opposition ou son accord quant au prélèvement de ses organes après son décès, sur simple base d'un formulaire à remplir et à remettre à l'administration communale de laquelle il dépend et qui l'enregistrera.

Si vous avez été négligeant du temps de votre vivant et que vous êtes un candidat potentiel au don d'organe, le médecin devra alors s'informer de l'existence éventuelle d'une opposition exprimée d'une autre manière. La famille est consultée par un infirmier référent pour le don d'organe et un médecin du service des soins intensifs. Dans tous les cas, et après exposition des faits, la volonté de cette dernière est respectée. Notons toutefois la tendance à l'acceptation des proches.

Pour parler d'un candidat potentiel au prélèvement, ce dernier doit être reconnu mort cliniquement par 3 médecins différents dont généralement un intensiviste et un neurologue. C'est le constat d'un état de mort encéphalique qui peut déclencher le processus. Depuis une réflexion éthique menée en 2013, la

mort cardiaque peut également déboucher sur le prélèvement d'organe. Cependant, dans ce cas, le délai pour effectuer le prélèvement du/des organes est très court rendant toute planification difficile. Ceci explique sans doute que la Clinique St-Pierre n'ait jamais rencontré ce cas de figure.

Le service des soins intensifs de la Clinique St-Pierre a consigné, en 2015, 2 patients prélevés et jusqu'à 6 patients en 2012. Ces chiffres peuvent être doublés lorsqu'on parle de procédures enclenchées sans tenir compte de l'aboutissement, la transplantation, qui peut être compromise après examens médicaux ou avis contraire du centre de transplantation. Ces statistiques peuvent paraître faibles mais rappelons que la patientèle de l'USI est vieillissante et que le service enregistre moins de 10% de décès.

Pour la famille du donneur, le prélèvement n'entraîne aucun frais lié à cette intervention, réalisée dans le plus grand respect du défunt. Le corps est ensuite rendu à la famille.

Le don d'organe incite à une profonde réflexion de tous les acteurs et donc de chacun d'entre nous, sur base des notions de fraternité, d'amour, de dignité et de respect.

NOUS JOINDRE :

Soins intensifs (USI) Clinique St-Pierre d'Ottignies - Route 699
010 437 344 • usi@cspo.be
Permanence médicale 24h/24 : 010 437 251

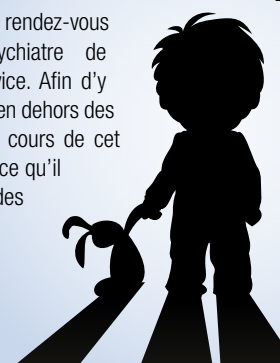
L'accueil des enfants

Autant que possible, l'accès des soins intensifs est restreint pour les enfants et ce en vue d'éviter l'éventuel traumatisme lié à la confrontation avec cet univers inconnu et jugé effrayant. Néanmoins, les besoins et les souhaits de l'enfant sont entendus et s'il réclame de voir son parent ou son proche faisant l'objet de soins intensifs, l'équipe mettra tout en œuvre pour l'accompagner dans cette démarche. Parfois, il peut s'agir de l'ultime occasion de saisir un dernier moment avec l'être aimé avant qu'il ne s'éteigne. Préparer l'enfant à cette rencontre est primordial. L'équipe infirmière, déjà très attentive et présente, se fait alors seconder par un pédopsychiatre plus à même à établir une approche spécifique et adéquate.

Dans un premier temps, un rendez-vous est programmé avec un pédopsychiatre de l'établissement et un infirmier du service. Afin d'y apporter le temps nécessaire, il est fixé en dehors des heures conventionnelles de visite. Au cours de cet entretien, le mineur va être informé de ce qu'il va voir et entendre : des machines, des fils, des câbles, des sonneries et

des alarmes... Pédopsychiatre et infirmier vont lui expliquer la raison d'être de ce déploiement d'assistance autour de sa Maman ou de son Papa, partant du principe que ce qui est compris est toujours moins impressionnant. Ils vont répondre à toutes ses questions, qu'elles soient pratiques ou plus fondamentales. Ensuite, ils accompagneront l'enfant au chevet de son parent et resteront à sa disposition après la visite pour l'assister dans la gestion de ses émotions et pour répondre à toute nouvelle interrogation. Enfin, si un suivi psychologique est préconisé ou demandé par la famille, l'enfant et les siens seront informés et guidés.

Dans le cas où c'est le mineur lui-même qui nécessite des soins intensifs, la Clinique St-Pierre peut le prendre en charge, disposant du matériel adapté et du savoir-faire. Cependant, la Clinique ne disposant pas d'un service de soins intensifs pédiatrique, sauf urgence, l'enfant sera réorienté vers un service de soins intensifs spécifiquement dédié à l'enfance d'un autre établissement hospitalier.





Le transport des patients

Ambulance, VIM, TMS, TPMPR : à chaque intervention son véhicule

Il n'est pas toujours aisé de comprendre les différences entre une ambulance du secteur public, un VIM (véhicule d'intervention médicalisé) dépendant du SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) d'une institution hospitalière, un TMS (transport médico-sanitaire) du secteur privé ou un véhicule pour TPMPR (transport de personnes à mobilité réduite) du secteur privé également. A l'occasion de l'acquisition par le SMUR de la Clinique St-Pierre d'un nouveau véhicule d'intervention médicalisé (VIM), nous faisons le point.

Il existe deux types de transports :

Les transports primaires

Ils interviennent dans le cadre d'une aide médicale urgente requise. Un accident survient, vous appelez le 112. La centrale 112 va alors dépêcher sur place une ambulance. Celle-ci prendra la route moins de 2 minutes après votre appel et sera sur les lieux dans les 10 à 15 minutes. Cette rapidité de réaction est rendue possible par un quadrillage de secteurs géographiques disposant tous d'un point de départ généralement rattaché à une caserne de pompiers. L'ambulance et son équipage, composé de 2 ambulanciers, relèvent ici du domaine public. Le SPF Santé Publique organise la formation de ces ambulanciers dans des écoles représentées dans chaque province. La formation est délivrée en 120 heures et 40 heures de stage au terme de laquelle l'ambulancier est certifié AMU (aide médicale urgente). Son rôle sera de stabiliser

le patient et de le conduire au plus vite vers le centre hospitalier désigné par la centrale 112. Il devra également communiquer son rapport à la centrale 112 qui le fera suivre au service des Urgences de l'hôpital désigné pour un bon suivi de la prise en charge du patient.

Si le cas du patient requiert des antalgiques, ce que ne peut lui administrer l'ambulancier, ou si ses fonctions vitales sont atteintes, l'ambulancier en informe la centrale 112 qui déclenchera aussitôt l'intervention du VIM le plus proche. La centrale 112 peut également décider d'envoyer un VIM en même temps que l'ambulance lorsqu'elle détecte la gravité de la situation ou lorsqu'il y a au moins 5 personnes impliquées. En effet, l'équipage du VIM est composé d'un infirmier SIAMU (soins intensifs et aide médicale urgente) et d'un médecin, spécialiste en médecine d'urgence (SMU), en médecine aiguë (SMA) ou titulaire du brevet de médecine aiguë (BMA). Une fois le patient stabilisé, il sera chargé par l'ambulance présente

et évacué vers l'hôpital désigné par la centrale 112, le plus souvent fonction de la proximité, rarement de la pathologie. Le VIM se remet alors en disponibilité ou accompagne l'ambulance selon la fragilité de l'état du patient.

La centrale 112 s'occupe donc de tous les appels urgents et dispatche ambulances AMU et VIM à domicile ou sur la voie publique pour assurer le transport du patient vers le centre hospitalier le plus proche. L'accent est mis sur l'urgence et la stabilisation de l'état du patient, ainsi que sur la surveillance et l'éventuel traitement médical adéquat immédiat. Il peut toutefois être fait appel au SMUR pour le transfert d'un patient d'un hôpital à un autre lorsque celui-ci nécessite des soins ininterrompus et une surveillance médicale intensive pendant le trajet.

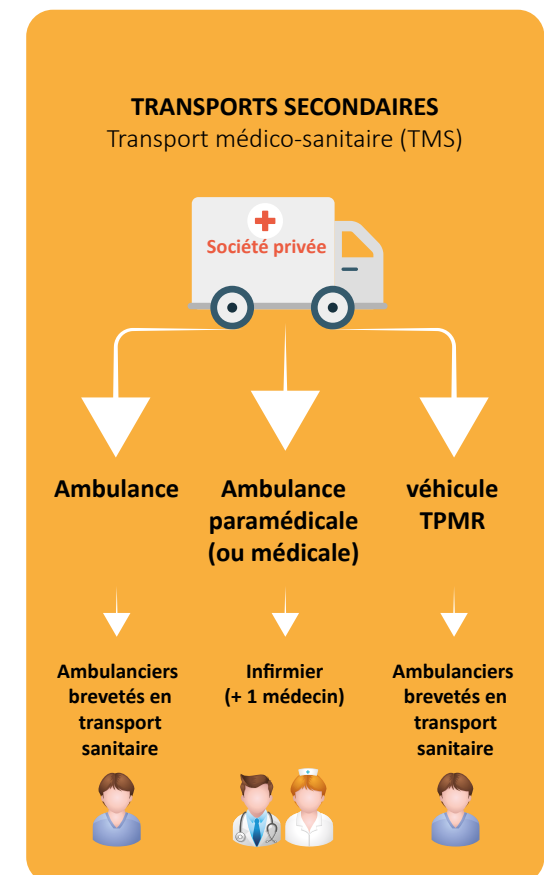
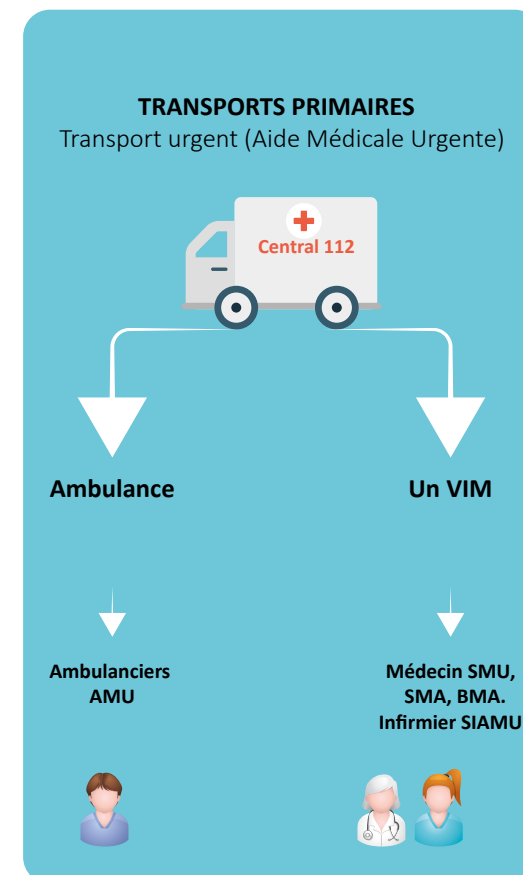
Les transports secondaires

Il s'agit de transports dits médico-sanitaires (TMS). Une société privée met à disposition de la patientèle des ambulances, des ambulances paramédicales ou médicalisées et des véhicules pour le transport de personnes à mobilité réduite (TPMPR). L'équipage des ambulances est composé de 2 ambulanciers brevetés en transport sanitaire. Le brevet est délivré par la région wallonne au terme d'une formation de minimum 120 heures et 40 heures de stage. Dans le cas des ambulances paramédicales, s'ajoute un infirmier afin d'assurer une sécurité supplémentaire. Si médicalisée, l'équipage comprend en plus de l'ambulancier, un infirmier et un médecin pour accompagner le patient. C'est souvent le cas pour des

transferts inter-hospitaliers de patients en soins intensifs. L'ambulancier en transport sanitaire non urgent assure confort, surveillance et traite des aspects sociaux du transport. Les demandes d'intervention proviennent directement du patient, de sa résidence ou du service garde des Urgences, sorte de centrale 112 interne à l'établissement hospitalier. Les transports secondaires assurent les sorties de l'hôpital, les visites en consultation mais aussi les urgences à domicile dans la mesure où les fonctions vitales ne sont pas atteintes. Si tel était le cas, la centrale 112 serait avertie immédiatement et prendrait le relais.

Le choix d'une ambulance ou d'un véhicule pour TPMPR dépend du patient qui est transportable assis ou doit être couché. Un TPMPR est possible et sera favorisé, regard au coût moins élevé à la charge du patient, lorsque la personne concernée se déplace à l'aide d'une chaise roulante ou de béquilles, peut tenir en position assise sans aide, est valide et bien consciente, présente des paramètres stables, n'a pas de plâtre, de sonde vésicale, gastrique ou de perfusion, n'est pas sous influence de calmants et lorsque le lieu de départ et de retour ne comporte pas d'escaliers.

Il existe des transports spéciaux relevant du TMS alors même qu'ils sont considérés comme urgents. C'est le cas du transport de prématurés ou nourrissons, de parturientes, de patients psychiatriques, du transfert inter-hospitalier et médicalisé, des interventions urgentes à domicile demandées par le médecin traitant.



La facturation

L'ambulance envoyée par la centrale 112 est facturée au patient par la centrale elle-même. Le VIM l'est par l'établissement hospitalier du SMUR auquel il est rattaché. Dans le cadre du transport médico-sanitaire, c'est la société privée qui émet la facture sur base de barèmes maximaux définis par la région wallonne. La Clinique St-Pierre travaille principalement avec la société privée Save My Life.

Suivant la mutuelle, les assurances complémentaires ou les assurances hospitalisations du patient ainsi que du type de contrat qui le lie à son assurance, le montant du remboursement peut varier. De manière générale, lorsqu'il s'agit de transport primaire, c'est-à-dire l'aide médicale urgente, l'INAMI intervient pour 50% dans le remboursement du montant total, toutes mutuelles confondues. L'intervention de la mutuelle est bien meilleure que pour le transport secondaire, non reconnu par l'INAMI. Dans ce cas, il faut tenir compte du lieu de départ (le transport est-il lié à une hospitalisation ?) et du lieu de destination (institution, résidence, ... ou domicile). En moyenne, pour un transport en ambulance, sur base d'une couverture classique via la mutuelle, le remboursement est de +/- 0.75 €/km avec des plafonds annuels qui, encore une fois, varient d'une mutuelle à une autre. Certaines mutuelles appliquent également des forfaits aux km. Le plus souvent, cela représente plus ou moins un quart du montant total de la facture d'ambulance.

Dans le cas d'une ambulance médicalisée, la majorité des mutuelles appliquent uniquement le 1/3 payant regard à la facture inhérente à l'équipage. Il y a donc rarement d'intervention sur le montant à charge du patient.

Concernant les TPMR, le prix du transport est moindre mais le remboursement l'est également, soit +/- 0.50 €/km.

Pour les patients nécessitant une prise en charge en dialyse ou dans le cadre d'un traitement de chimiothérapie/radiothérapie, des remboursements spécifiques sont octroyés nécessitant des attestations de transports et ce, même si le transport se fait avec une voiture personnelle. La couverture de base est de +/- 0.25€/km.

En revanche, les transferts aller-retour dans la même journée en vue d'effectuer un examen, signé et validé par le médecin de l'unité de soins du patient, sont à charge de la Clinique. De même, les transferts d'un site à l'autre d'un même établissement hospitalier sont à charge de ce dernier.

Aussi, il n'est pas rare de devoir s'acquitter de sommes très différentes ou de recevoir 2 factures distinctes et émanant d'institutions différentes (intervention du SMUR toujours doublée de l'intervention d'une ambulance pour le transport du patient). La facturation est dès lors très souvent jugée obscure. C'est pourquoi il est toujours préférable pour le patient ou pour ses proches de prendre contact avec son organisme assureur ou de demander l'assistance du service social de la Clinique St-Pierre afin d'avoir accès aux renseignements et d'obtenir une vision claire de sa situation.

Le SMUR de la Clinique St-Pierre : Un nouveau véhicule d'intervention médicalisé (VIM)

Le SMUR de la Clinique St-Pierre vient de faire l'acquisition d'un VIM, mis en circulation à la mi-septembre 2016. Le SMUR compte ainsi 2 véhicules et 1 équipage. Conformément à l'Arrêté Royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction SMUR pour être agréée, le matériel portable suivant se trouve à bord du véhicule :

- un monitoring défibrillateur (oxymètre et tensiomètre font partie de l'appareil);
- une réserve d'oxygène portative, suffisante pour administrer de l'oxygène à un patient pendant 90 minutes à raison de 10 litres/minute ;
- deux pompes pousse-séringue ;
- un glucomètre ;
- des colliers cervicaux et attelles pour les membres qui conservent leur forme pendant 6 heures au moins en cas d'utilisation ;
- un appareil électrique d'aspiration ;
- le matériel nécessaire à la réanimation avancée de l'adulte et de l'enfant ;
- le matériel nécessaire pour les grands brûlés ;
- le matériel nécessaire pour les accouchements ;
- le matériel nécessaire pour les catastrophes.

Au niveau télécommunication, le VIM est pourvu de 2 radios du système A.S.T.R.I.D, l'une mobile et l'autre portable, et dispose d'un GSM, permettant à l'équipe de garder un contact permanent avec la centrale 112, l'hôpital et tout autre intervenant. C'est le Ministre qui établit la liste minimum légale des médicaments devant se trouver à bord du VIM, médicaments conservés conformément aux dispositions de la pharmacopée belge. Mais chaque service d'Urgences détermine ses besoins.

Remerciements à
Mme Jeanjot et
Mr. Cuvelier de la société
Save My Life.



Quatre questions pour tout savoir sur le GIPS



Le GIPS, qu'est-ce que c'est ?

Le GIPS (Gestion Intégrée du Parcours de Soins) est un grand projet d'informatisation et d'intégration des données du patient qui débouchera sur l'acquisition d'un nouvel outil informatique appelé Dossier Patient Informatisé et intégré. Mais pas seulement. Le GIPS, c'est aussi une vision de l'hôpital de demain. Un hôpital innovant, centré sur le patient et l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins dispensés.

Pourquoi acquérir un Dossier Patient Informatisé et Intégré (DPI) ?

Le but premier du projet GIPS est de mettre en place un outil soutenant une stratégie visant à offrir à nos patients un parcours de soins intégrés et permettant ainsi à la Clinique de soutenir ses objectifs stratégiques de qualité et de sécurité. L'informatisation des données liées à la prise en charge du patient (gestion des lits, dossier médical, prise de rendez-vous, etc.) a débuté il y a une quinzaine d'années à la Clinique Saint-Pierre. Résultat : l'activité est aujourd'hui éclatée dans plusieurs logiciels qui communiquent plus ou moins bien entre eux. Cela signifie que médecins et soignants doivent jongler avec différentes applications pour avoir une vue globale du dossier du patient. Une intégration s'impose donc, tant pour des raisons de fiabilité, de qualité, que de confort. Adopter un système

unique tel que le DPI permettra aux soignants d'avoir une vue rapide et exhaustive des informations dont ils ont besoin pour soutenir une démarche qualitative auprès des patients. Le DPI facilite aussi la communication : une information centralisée et structurée circule de manière plus fluide; non seulement au sein de la Clinique, mais également en dehors (vers les médecins traitants et le Réseau Santé Wallon par exemple).

Qui fait quoi ?

Depuis le mois de novembre, un comité de pilotage se réunit chaque semaine pour assurer la gouvernance du projet GIPS. À quoi ressemblerait l'hôpital idéal ? Comment définir le GIPS idéal ? Un travail de réflexion autour de ces questions a permis de construire une vision du GIPS en accord avec les valeurs et les missions de la Clinique. Des référents ont ensuite été désignés dans chaque service afin d'évaluer les besoins à partir du terrain, et de manière pluridisciplinaire.

Quelles sont les étapes avant l'implémentation ?

Pour l'heure, les efforts sont tournés vers la rédaction du cahier des charges, afin de choisir le fournisseur qui répondra le mieux aux besoins identifiés et à la vision que la Clinique a de son futur DPI. Objectif : avoir désigné un fournisseur pour le 1^{er} juillet 2017. L'introduction du DPI se fera ensuite de manière progressive.

Plus d'info :
gips@csपो.be



Les autres métiers à la Clinique St-Pierre

L'encodage du Résumé Hospitalier Minimum (RHM)

Votre SPOTs en Stock fait périodiquement un focus sur un métier autre que soignant qui est exercé au sein de la Clinique St-Pierre. Un focus sur tous ces hommes et ces femmes, que nous croisons parfois dans les couloirs, et qui participent activement à la vie de la Clinique. Ils apportent le support technique, logistique ou administratif indispensable. Ils interviennent discrètement et efficacement pour rendre possible le bon fonctionnement de la Clinique.

Penchons-nous aujourd'hui sur cette équipe chargée de l'encodage du Résumé Hospitalier Minimum (RHM), un travail titanesque et précieux, réalisé à la demande et à l'attention du Ministère de la Santé Publique en vue de l'octroi de financements pour la Clinique.

Qu'est-ce que le RHM ?

Il s'agit de fichiers reprenant des données qui ont été codées et qui sont envoyées au Ministère de la Santé Publique afin de déterminer l'activité effective de la Clinique. En effet, de simples statistiques sur le nombre d'admissions, la durée moyenne du séjour, le nombre d'interventions chirurgicales ou d'actes techniques effectués ne suffisent pas seules à rendre compte de cette activité. Il faut englober les données administratives, médicales, infirmières, celles relatives au personnel et à la structure de la Clinique, les données de facturation et celles spécifiques aux bébés, sans oublier les codes INAMI. Il convient de déterminer la lourdeur des cas pris en charge par l'établissement. Ceci est valable pour tout séjour effectué à la Clinique St-Pierre, hors consultations, soit 20 924 hospitalisations classiques, 27 924 hospitalisations en Hôpital de Jour, 1 489 naissances en 2016. Alors seulement, nous avons une vue globale et complète... un Résumé Hospitalier Minimum (RHM).

Avant 2008, le RHM était scindé en deux entités : le RCM (Résumé Clinique Minimum) et le RIM (Résumé Infirmier Minimum). Depuis 2008, RCM et RIM sont regroupés et font l'objet d'un envoi unique. En pratique, les données du RCM et celles du RIM sont toujours collectées et encodées par deux équipes distinctes :

RCM : Il reprend toutes les données médicales du patient, à savoir les interventions mais également les diagnostics. Ainsi,

tout acte posé possède son code ICD10, de même pour les antécédents et les pathologies. Le RCM est réalisé à partir de la lettre de sortie du médecin spécialiste et de l'analyse du dossier médical informatisé, parfois avec l'appui du dossier infirmier.

RIM : Il reprend toutes les données infirmières du patient. Ainsi tout acte posé par l'équipe infirmière (toilette au lit, soin escarres, ...) possède son code.

Pourquoi le RHM ?

Le RHM soutient la politique de santé du gouvernement, dont l'organisation du financement des hôpitaux. Il soutient également la politique de santé de la Clinique en lui permettant de se positionner par rapport aux autres hôpitaux à travers des feedbacks.

Qui réalise le RHM ?

Du côté du RCM, une équipe de 6 personnes est dédiée au codage, supervisée par le Dr. Vandevoorde qui s'occupe également de la formation continue. Le Dr. Barette, chef de service du Département d'Informations Hospitalières (DIH) réalise les envois du RHM vers le SPF Santé Publique et travaille également au sein du Data Warehouse (DWH) pour exploiter les données à d'autres fins comme répondre aux demandes internes et externes.

Du côté du RIM, l'équipe se compose de 3 personnes, sous la responsabilité de Mr. Sarramagnan.

Il est bon de rappeler que pour obtenir un RHM complet et reflet de la réalité, la collaboration de tous est importante. Les données administratives recueillies à l'accueil lors de l'admission doivent être complètes. La lettre de sortie rédigée par le médecin doit être la plus détaillée possible. Toutes les actions effectuées au niveau infirmier doivent être répertoriées.