

ORGANISATION ET FINANCEMENT DES ACTIVITÉS PÉDIATRIQUES DE COURTS SÉJOURS

Rapport final

BePAASTA Study Group

2011



BEPASSTA STUDY GROUP

Promoteurs :



Prof. MD. De Wever A.



Prof. MD. Alexander S.



Prof. Annemans L.

Prof. Cannoodt L. (UZ Leuven) supervised the Flemish part of the study

Chercheurs:

Université Libre de Bruxelles :

- DESULB : MD Cohen L, Seurync N, Laokri S
- PERU : MD PhD Zhang W-H

Universiteit Gent:

- Trybou J, Verhaeghe N

Facultés Universitaires Saint-Louis :

- William Racimora

Financements:

Cette étude a été réalisée grâce à un financement du SFP Santé publique et Sécurité de la Chaîne alimentaire



Comité d'accompagnement :

Dr Armando Barillari, Dr Marc Alexander, Pr Chrisel Van Geet, Pr Gaston Verellen, Pr Georges Casimir, Pr Denise Deliège, Dr Philippe Alliet, Dr Myriam Azou, Didier Hoornaert, Koenraad Vandewoude, Lieselotte Huyghe, Mickael Daubie, Johan Pauwels

Remerciements

L'étude BePASSTA a été menée grâce à la collaboration de nombreux acteurs, en particulier, celle des pédiatres, infirmières et secrétaires qui, tous les jours, prennent en charge les enfants malades dans les hôpitaux-pilotes. Sans eux, notre étude n'en serait restée qu'au stade de projet. De même, l'équipe de recherche a toujours pu compter sur les conseils avisés du comité d'accompagnement, depuis l'élaboration jusqu'à la mise en perspective des résultats. Enfin, cette étude n'aurait eu lieu sans le financement du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Nous tenions à les remercier tous pour leur soutien, leur collaboration et l'enthousiasme qu'ils ont témoigné tout au long du projet.

Table des matières

I. Executive summary	11
1 Introduction	12
2 Méthodes	12
3 Résultats	13
4. Discussion et propositions	19
II. Introduction	27
1 Contexte général	28
2 Situation des courts séjours pédiatriques en Belgique	32
III. Méthodologie	58
1 Aperçu général des outils de recherche	59
2 Revue de la littérature	61
3 Etude qualitative	63
4 Etude multicentrique	67
IV. Résultats	77
1 Revues de la littérature	78
2 Etude qualitative	94
3 Etude multicentrique	111
V. Discussion	217
VI. Recommandations	228
1 Les Urgences et la prise en charge non programmée des enfants malade	228
2 Les Observations	232
3 L'Hôpital de jour non chirurgical pédiatrique	235
4 L'hôpital de jour chirurgical pédiatrique	248

Table des figures

Figure 1 : Evolution du nombre d'admissions en pédiatrie selon le type d'hospitalisation...	29
Figure 2 : Méthodologie générale de l'étude	60
Figure 3 : Méthode de sélection des hôpitaux participant à l'étude BePASSTA	67
Figure 4 : Type de prises en charge analysées dans l'étude BePASSTA	71
Figure 5 : Méthode d'identification des flux des patients pédiatriques au sein de l'hôpital sans séjour avec nuitée	72
Figure 6 : Complications liées à l'amygdalectomie chez les enfants en hospitalisation de jour (Granell 2004).....	88
Figure 7 : Questionnaire administré aux parents lors du suivi postopératoire par téléphone (2 appels) dans le cadre de l'étude de Le et al sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge d'une chirurgie ambulatoire (Le 2007).	89
Figure 8 : Trajet du patient au CHRU de Lille.....	105
Figure 9 : Effectifs de patients selon les pôles (N=4487).....	125
Figure 10 : Effectifs de patients selon les hôpitaux (par ordre décroissant de l'effectif total) (N=4487).....	125
Figure 11 : Part des effectifs de patients entre les 3 pôles selon les hôpitaux (par ordre décroissant de l'effectif total) (N=4487)	126
Figure 12 : Distribution de l'âge des patients (en années) admis en HJM (N=567)	129
Figure 13 : Distribution de l'âge des patients (en années) (N=567), selon le sexe	129
Figure 14 : Distributions de l'âge des patients (en années) selon leur statut onco-hémato (N=311 et 256).....	130
Figure 15 : Part des patients HJM ayant droit à une intervention majorée selon les hôpitaux (N=385)	132
Figure 16: Patients hospitalisés en HJM par hôpital pendant la période d'enquête (2 semaines) - Nombre de cas et effectif médian.....	133
Figure 17:Part des patients avec une affection en onco-hématologie (N= 446).....	135
Figure 18: Part des patients atteints de pathologies chroniques et en particulier d'une affection on-hématologique, selon les hôpitaux.....	135
Figure 19: Fréquences des groupes d'indications en HJM (N=272)	137
Figure 20: Durées médianes des séjours en HJM (en heures).....	138
Figure 21: Destination du patient suite à l'HJM (N=585)	139
Figure 22: Langue parlée par les accompagnants du patient (N=586).....	140
Figure 23 : Langue parlée par les accompagnants du patient (N=586), selon les hôpitaux.....	140
Figure 24: Mode de communication avec le patient et ses proches, selon les hôpitaux.....	141

Figure 25 : Usage des hôpitaux quant au suivi du dossier patient (% de patients pour lesquels le médecin référent n'a pas été avisé de la fin de l'HJM dans les 7 jours qui l'ont suivie).....	146
Figure 26 : Mode de communication pour aviser le médecin référent, selon les hôpitaux (Nombre de patients)	147
Figure 27 : Distribution de l'âge des patients HJC (en années) (N=662)	149
Figure 28 : Distributions de l'âge des patients HJC (en années), selon le sexe (N=659)	150
Figure 29 : Part des patients HJC ayant droit à une intervention majorée, selon les hôpitaux (N=494)	151
Figure 30 : Patients hospitalisés en HJC par hôpital pendant la période d'enquête (2 semaines) (Nombre de cas et effectif médian)	152
Figure 31 : Part de patients atteints d'une pathologie chronique selon les hôpitaux (%) (N=640)	155
Figure 32 : Dans chaque hôpital, part de patients atteints d'une affection chronique et pour lesquels celle-ci constitue la cause primaire de l'hospitalisation selon les hôpitaux (%) (N total =114)	155
Figure 33 : Part des patients avec pathologie chronique, et parmi eux, ceux dont la pathologie chronique est la cause primaire de l'HJC et ceux dont la prise en charge a été compliquée du fait de la pathologie chronique (%) (par ordre décroissant des effectifs de patients chroniques selon les hôpitaux).....	156
Figure 34: Type et fréquence des pathologies chroniques en HJC (N=88).....	157
Figure 35 : Durées moyennes des séjours selon les hôpitaux (en heure) (N=405)	158
Figure 36 : Langue parlée par les patients (N= 665).....	159
Figure 37 : Langue parlée par les accompagnants du patient (N=665), selon les hôpitaux.....	159
Figure 38 : Mode de communication prestataire-patient, selon les hôpitaux.....	160
Figure 39 : Auteur de la décision de la PEC en hospitalisation de jour (N=663)	161
Figure 40 : Distribution de l'âge des patients (en années) vus aux urgences, selon le sexe (N=3220)	165
Figure 41 : Distribution de l'âge des patients (en années), selon les hôpitaux (N=3220)....	166
Figure 42 : Part des patients ayant droit à une intervention majorée (N=1931)	167
Figure 43 : Effectifs de patients ayant un médecin traitant (plusieurs choix possibles) (N=2752)	167
Figure 44 : Effectifs vus aux urgences pendant la période d'enquête et selon les hôpitaux (Nombre de cas) (N=3217)	168
Figure 45 : Répartition des recours selon l'horaire et l'âge des patients (N=3197).....	169
Figure 46: Pour chaque hôpital, part des patients atteints d'une affection chronique (N total =2984).....	171

Figure 47 : Répartition des arrivées aux urgences selon l'origine de la décision du recours	173
Figure 48 : Lieu de provenance du patient (avant son arrivée aux urgences) (N=3187)	174
Figure 49 : Mode d'arrivée aux urgences (N=3182)	174
Figure 50 : Suivi des patients vus aux urgences (N=3006).....	176
Figure 51 : Langue parlée par les accompagnants du patient (N=3170).....	177
Figure 52 : Mode de communication prestataire-patient, selon les hôpitaux (N=3078).....	178
Figure 53 : Orientation des patients à la sortie des urgences et à la sortie de l'observation	179
Figure 54 : Effectifs de patients par hôpital selon leurs destinations	179
Figure 55 : Ventilation des patients selon les motifs d'hospitalisation en pédiatrie (N=235)	180
Figure 56 : Ventilation des patients selon les motifs de mise en observation (N=616).....	181
Figure 57 : Localisation des patients mis sous observation (N=1209).....	182
Figure 58 : Part des patients mis en observation moins de 4 heures, selon les hôpitaux ...	183
Figure 59 : Part des recours appropriés parmi les patients vus aux Urgences, selon les hôpitaux.....	186
Figure 60 : Part des recours appropriés et inappropriés selon le degré d'urgence ressentie par les patients (N=3142)	187
Figure 61 : Répartition des effectifs selon les raisons de leur observation.....	191
Figure 62 : Répartition du volume d'actes intellectuels prestés par le médecin (N=3220 patients) (hors catégories autres)	195
Figure 63 : Médiane de la charge de travail consacré aux différentes activités selon les prestataires (en minutes)	195
Figure 64 : Répartition des types d'activités du personnel médical.....	196
Figure 65 : Répartition des types d'activités du personnel infirmier	196
Figure 66 : Box-plot de la charge de travail selon les types d'actes prestés et globalement (en minutes).....	199
Figure 67 : Charge de travail médiane selon les hôpitaux (HJM) (en minutes).....	200
Figure 68 : Répartition des types d'activités du personnel médical.....	200
Figure 69 : Répartition des types d'activités du personnel infirmier	201
Figure 70 : Médianes de la charge de travail selon la nature de l'activité et le type de prestataire (en minutes).....	202
Figure 71 : Médianes de la charge totale de travail en HJC selon les hôpitaux (en minutes)	204

Figure 72 : Profils des prestataires sur base des médianes (en minutes) de la charge de travail en HJC	205
Figure 73 : répartition des forfaits INAMI facturés aux Urgences.....	206
Figure 74 : combinaison de consultations aux Urgences et facturation associée.....	208
Figure 75 : Ventilation des forfaits INAMI facturés lors des prises en charge en HJM (n=180)	214

Table des tableaux

Tableau 1 : Comparaison des financements E-dienst et CD-dienst	41
Tableau 2 : Complément de financement pédiatrie	43
Tableau 3 : Complément de financement service urgences	45
Tableau 4 : Coefficient	48
Tableau 5 : Caractéristiques des hôpitaux lors de la constitution de l'échantillon opportun	68
Tableau 6 : Comparaison de la notion d'observation en pédiatrie entre la France, les Etats-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie	81
Tableau 7 : Destination des enfants après inscription au service d'urgence	109
Tableau 8 : Durée de séjour en "Observation Unit"	109
Tableau 9 : Organisation des soins pour les enfants dans les hôpitaux pilotes	112
Tableau 10 : Lieux où les enfants restent pendant l'hospitalisation temporaire	117
Tableau 11 : Raisons/indications rapportées pour l'hospitalisation temporaire	118
Tableau 12 : Description de la population d'étude par pôle	128
Tableau 13 : Répartition de l'âge des patients (en années) selon les hôpitaux (par ordre décroissant des médianes)	131
Tableau 14 : Patients chroniques bénéficiaires d'une intervention majeure	131
Tableau 15 : Part des patients HJM ayant droit à une intervention majeure par catégorie	132
Tableau 16 : Fréquences des cas selon les catégories d'indications en HJM	134
Tableau 17 : Pathologies chroniques présentes chez au moins 5% des patients chroniques (ordre décroissant)	136
Tableau 18 : Durées médianes de séjour en HJM (en heures)	138
Tableau 19 : Mode de communication prestataire-patient	141
Tableau 20 : Raisons pour lesquelles l'indication n'aurait pas pu être prise en charge en consultation	142
Tableau 21 : Avantages de la prise en charge en HJM pour le médecin	143
Tableau 22 : Effectifs de patients pris en charge selon la spécialité médicale (choix multiple possible) (N=592)	144
Tableau 23 : Prise en charge infirmière des patients en HJM (choix multiple possible) (N=592)	145
Tableau 24 : Effectifs selon les types de difficultés rencontrées par les médecins (choix multiple possible) (N=592)	145

Tableau 25 : Effectifs selon les types de difficultés rencontrées par l'équipe infirmière (choix multiple possible) (N=592)	146
Tableau 26 : Distributions de l'âge des patients HJC (en années), selon les hôpitaux (N=662) (par ordre décroissant des médianes).....	150
Tableau 27 : Encadrement médical de l'enfant (médecin traitant) (plusieurs choix possibles)	151
Tableau 28 : Fréquences des catégories d'indications en HJC (par ordre décroissant)	153
Tableau 29 : Fréquences des cas selon les principales indications en HJC (par ordre décroissant)	154
Tableau 30 : Pathologies chroniques présentes chez au moins 5% des patients chroniques (ordre décroissant)	157
Tableau 31 : Mode de communication prestataire-patient	160
Tableau 32 : Raisons pour lesquelles l'indication n'aurait pas pu être prise en charge en consultation	162
Tableau 33 : Prise en charge médicale des patients en HJC (choix multiple possible) (N=640)	162
Tableau 34 : Prise en charge infirmière des patients en HJC (choix multiple possible) (N=637)	163
Tableau 35 : Diagnostics de sortie présents chez au moins 2% des patients vus aux Urgences (par ordre décroissant des fréquences.....	170
Tableau 36 : Fréquence des pathologies chroniques présentes chez les patients vus aux Urgences (ordre décroissant)	172
Tableau 37 : Degré d'urgence ressenti par les parents	175
Tableau 38 : Mode de communication prestataire-patient	177
Tableau 39 : Effectifs de patients vus aux urgences selon les catégories de temps d'attente (N=3222)	182
Tableau 40 : Effectifs de patients selon la durée de présence aux urgences.....	183
Tableau 41 : Prise en charge médicale des patients des patients vus aux urgences (N=3220)	185
Tableau 42 : Prise en charge infirmière des patients des Urgences (choix multiple possible) (N= 2322)	185
Tableau 43 : Répartition des patients suivis par un médecin traitant selon le type d'urgence	188
Tableau 44 : Répartition des patients venus spontanément selon le type d'urgence	188
Tableau 45 : Répartition des patients venus spontanément et suivis par un médecin traitant selon le type d'urgence.....	188
Tableau 46 : Répartition des patients selon l'horaire du recours et le type d'urgence	189

Tableau 47 : Effectifs des patients selon les catégories d'observation (N = 1237)	190
Tableau 48 : Médianes de la charge de travail aux urgences (premier quartile - troisième quartile) en minutes	194
Tableau 49 : Effectifs de patients pour les différents actes intellectuels réalisés par les médecins.....	194
Tableau 50 : Estimation de la charge de travail par patient pour la sous-population des urgences appropriées	197
Tableau 51 : Estimation de la charge de travail par patient pour la sous-population de patients mis en observation	198
Tableau 52 : Estimation de la charge de travail pour la sous-population des vraies observations	198
Tableau 53 : Estimation de la charge de travail en HJM (N=594) (en minutes)	199
Tableau 54 : Estimation de la charge de travail par patient selon le type de patient.....	202
Tableau 55 : Estimation de la charge de travail totale par patient pour les patients onco/hémato	203
Tableau 56 : Charge de travail médiane en HJC (premier quartile ; troisième quartile) en minutes (N=673)	203
Tableau 57 : ventilation du nombre de consultations facturées aux Urgences	207
Tableau 58 : types de consultations facturées aux Urgences	208
Tableau 59 : consultations et forfaits facturés en Observation	210
Tableau 60 : Consultations et forfaits facturés selon la nature de l'Observation.....	212
Tableau 61 : Consultations et forfaits selon que le recours aux Urgences est approprié ou pas.....	212
Tableau 62 : Facturation des consultations et forfaits INAMI à l'HJM dans la population générale	213
Tableau 63 : Facturation des consultations et forfaits INAMI à l'HJM selon la présence ou pas d'une maladie chronique	214
Tableau 64 : Analyse croisée de la répartition des indications « liste A » et des forfaits INAMI (n=233)	215

I. EXECUTIVE SUMMARY

1 INTRODUCTION

Les conventions internationales reconnaissent les besoins spécifiques de l'enfant hospitalisé depuis plus de 20 ans¹. En particulier, il convient de réserver l'hospitalisation aux affections qu'on ne peut traiter efficacement à domicile. A cet égard, en pédiatrie comme dans les autres branches de la médecine, les modalités de prise en charge sont en constante évolution : le recours à l'hôpital de jour médico-chirurgical augmente au détriment de l'hospitalisation traditionnelle, le rôle des Urgences hospitalières dans les soins pédiatriques primaires change, et les fonctions d'Observation semblent se développer au sein des hôpitaux, pour faciliter les prises en charge courtes et éviter certaines hospitalisations. Toutes ces modalités se développent en Belgique parce qu'elles répondent aux attentes des parties prenantes. En effet, en évitant des hospitalisations traditionnelles et en raccourcissant les durées de séjour, elles rencontrent à la fois les préoccupations budgétaires des autorités, et le souhait légitime des parents, désireux de réduire l'inconfort lié à une hospitalisation ainsi que les désagréments familiaux et professionnels que celle-ci occasionne. Enfin, elles assouplissent la pratique des pédiatres hospitaliers, en élargissant l'éventail des modalités de prise en charge. Mais cette évolution soulève également de nombreuses questions, en particulier sur le plan organisationnel et financier. Afin de disposer d'éléments objectifs sur ces modalités de prises en charge courtes, le Service Public Fédéral –Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement a diligenté une étude menée conjointement par l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles et par le Département de Santé Publique de l'Université de Gand.

L'objectif de cette étude, appelée BePASSTA (pour Belgian PAediatric Short STAy study) est de fournir une vue d'ensemble des courts séjours pédiatriques en Belgique, des pratiques et des difficultés rencontrées.

2 MÉTHODES

Des revues de la littérature, ciblées pour les différentes thématiques traitées, ont été menées dans les bases de données MEDLINE et COCHRANE entre mars 2000 et décembre 2010. Des études qualitatives ont également été menées : observation des expériences étrangère à Lille (France) et à Londres (Royaume-Uni) en mars 2010; au niveau national, des analyses en groupe et des focus groups furent menés pour étudier l'existant. Une fois établie la liste des 12 hôpitaux participant à l'étude, chacun d'eux a fait l'objet d'une visite de terrain, dans le but d'y comprendre le fonctionnement des courts séjours pédiatriques. Une enquête

¹ Charte Européenne de l'Enfant Hospitalisé, Leiden 1988

multicentrique par questionnaire a été réalisée dans les 12 hôpitaux-pilotes, afin de renseigner les pratiques de terrain et la charge de travail. La charge de travail a été définie comme la somme des durées standardisées des actes et prestations rapportées par enfant, pour les médecins, infirmiers et secrétaires. Les durées standardisées sont ainsi mises bout-à-bout, effaçant les superpositions qu'on observe en clinique, où médecins et infirmières font plusieurs choses *en même temps*.

La récolte des données d'activité a été organisée entre le 18 et le 31 octobre 2010. L'encodage a été clôturé le 19 novembre 2010. La récolte des données de facturation a constitué la seconde phase de la participation des hôpitaux-pilotes à l'étude. Pour chaque enfant, le détail des consultations et des forfaits INAMI facturés a été demandé. Sur les 12 hôpitaux-pilotes, 6 ont envoyé les données de facturation, 4 en utilisant les outils conçus à cet effet.

3 RÉSULTATS

3.1 Revue de la littérature

Les problèmes d'encombrement aux Urgences sont largement décrits dans la littérature. Le triage et l'Unité d'Observation sont deux dispositifs de contrôle des flux les plus fréquemment utilisés.

Le triage ne semble cependant pas diminuer (de manière significative) le nombre des recours inappropriés aux Urgences.

L'Observation, qui permet la surveillance courte et/ou le traitement rapide d'un enfant avant son orientation définitive, est très répandue. Dans les pays où elle s'est développée, elle est d'ordinaire annexée aux services des Urgences pédiatriques, et comporte de 2 à 5 lits par 10.000 contacts-patients.

A l'hôpital de jour, la littérature décrit bien les avantages d'une prise en charge courte (réduction du stress de l'enfant, moins d'affections nosocomiales, pas de nuit passée à l'hôpital, économie financière pour les parents, économie du personnel de nuit pour l'hôpital) et ses (contrôle inadéquat de la douleur, nausées et vomissements post-anesthésie). Pour préparer une intervention, la consultation préopératoire ne semble pas plus informative qu'un contact téléphonique, et en postopératoire, la gestion de la douleur de l'enfant reste une préoccupation constante.

3.2 Visites de terrain à Lille et à Londres

Deux visites de terrain ont été réalisées à l'étranger, au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille et au Northwick Park Hospital de Londres. Ces centres hospitaliers ont été choisis parce qu'en Europe, ils ont été précurseurs dans la constitution des unités d'Observation. Signalons enfin que la taille de ces deux centres hospitaliers et leur mode d'organisation diffèrent sensiblement de ce qui est pratiqué en Belgique.

Ces visites ont permis d'observer le fonctionnement des Urgences, et particulièrement des Unités d'Observation et de l'Hospitalisation de jour. Par-delà les différences locales dans les modes de financement et les normes organisationnelles, on a pu observer la réalité concrète de ces unités de court séjour, où le turn-over des patients est nettement plus rapide que dans une hospitalisation traditionnelle. Ceci influe sur le rythme de travail du personnel soignant.

3.3 Analyse en groupe, focus groups et visites de terrain dans les hôpitaux-pilotes

Dans l'ensemble des hôpitaux visités, les circuits de prise en charge des consultations non programmées sont très différents les uns des autres. Malgré l'absence de cadre organisationnel et d'infrastructure dédiée (sauf exception), la possibilité d'observer des enfants est organisée en fonction des besoins. Le plus souvent, cette possibilité procède d'une initiative et de la créativité des médecins plutôt que d'un projet institutionnel explicite. Selon les institutions, les hospitalisations de jour médicales se déroulent dans une unité dédiée à cet effet ou dans le service de pédiatrie. La chirurgie de jour pédiatrique prend place dans l'hôpital de jour chirurgical général, et dans le service de pédiatrie en cas de surcharge.

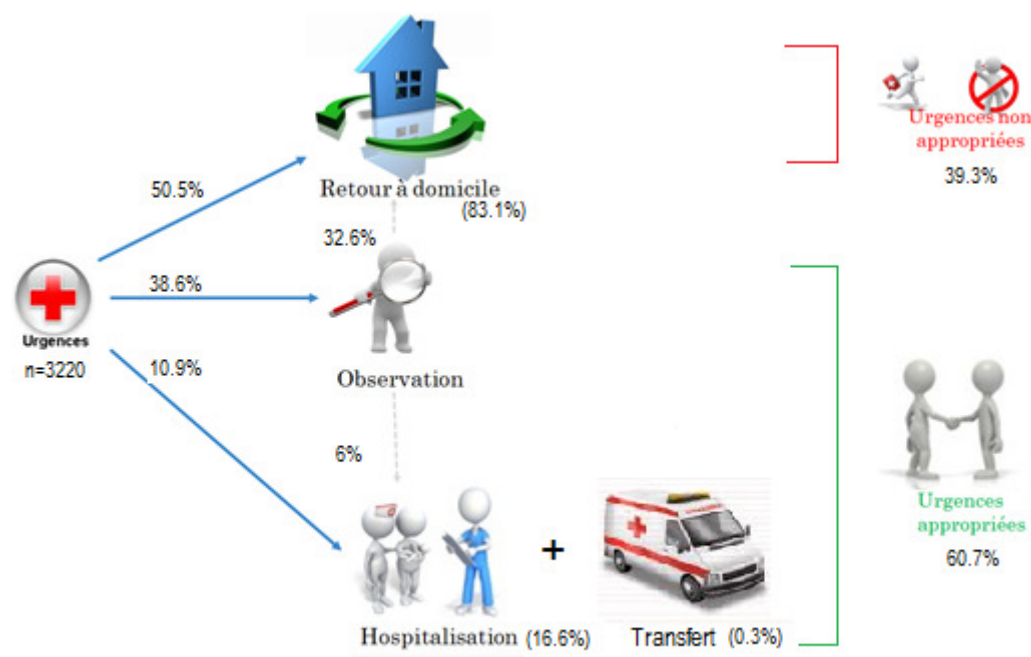
3.4 Enquête par questionnaire

3.4.1 Les flux de patients

Urgences: 3220 patients ont été retenus dans l'échantillon (âge médian : 3.3 ans (2 jours - 15.9 ans) ; sexe : 53.9% de garçons). 66.2% des enfants ont été présentés spontanément aux Urgences, sans contact préalable avec un médecin, alors que 87.6% des patients ont déclaré avoir au moins un médecin traitant attiré. Près de la moitié des enfants de moins de 5 ans ont été examinés aux Urgences en période difficile, c'est-à-dire la nuit ou le weekend.

Après une première évaluation aux Urgences, 83.0% des enfants sont retournés à domicile (50.5% directement après le 1^{er} contact, et 32.6% après observation). 16.6% des enfants présentés aux Urgences sont hospitalisés (10.9% sont hospitalisés directement, et 5.7% après observation). 38.6% des enfants restent en Observation, aux Urgences le plus souvent. Parmi ceux-ci, la majorité rentre à domicile (84.4% des patients observés soit 32.6% de l'ensemble des patients vus aux Urgences) ; une minorité (14.0% des patients observés, soit 5.7% de l'ensemble des patients vus aux Urgences) est hospitalisée en pédiatrie au terme de l'Observation, et 0.3% sont hospitalisés ailleurs dans l'hôpital ou transférés.

La figure ci-après décrit les flux de patients observés durant l'enquête de terrain.



Un recours aux Urgences a été considéré comme « approprié » s'il impliquait une utilisation obligatoire des infrastructures hospitalières. Concrètement, cela signifie qu'au moins une des conditions suivantes était remplie : l'enfant a été adressé par un médecin extérieur à l'hôpital ; l'enfant est arrivé en ambulance ; l'enfant a été amené par la police ; la visite aux Urgences a été suivie d'une mise en observation ou d'une hospitalisation ; l'enfant est décédé après la visite aux Urgences ; l'enfant a eu besoin d'un plâtre. On observe que 60.7% des recours aux Urgences sont appropriés, et que 39,3% ne le sont pas. Les facteurs associés avec un risque accru de visite inappropriée sont les suivants : un âge de l'enfant inférieur à 2 ans, et une visite aux Urgences survenant la nuit ou le weekend. Par contre, le risque de visite inappropriée diminue quand l'état de l'enfant est perçu comme très alarmant par les parents.

Observations aux Urgences: 38.6% des enfants présentés aux Urgences ne rentrent pas immédiatement à domicile après la consultation ni ne sont hospitalisés d'office : ils sont alors observés, le plus souvent dans les locaux des Urgences. La mise en observation permet de clarifier le diagnostic chez 84.3% des enfants, et de tester un traitement chez 88.3% d'entre eux. La durée médiane du séjour en Observation est de 110 minutes. L'observation a pour objectif principal la réalisation d'exams complémentaires (69.0%). Durant la période d'Observation, seuls 10% des enfants sont couchés dans un lit avec leurs paramètres mesurés au moins une fois durant l'observation. Le collège d'experts considère que ces critères (enfant mis dans un lit, paramètres mesurés par l'infirmière) permettent de distinguer les observations justifiées des consultations prolongées.

Hôpital de jour pédiatrique non chirurgical : 592 patients ont été enregistrés durant l'enquête (âge médian : 7 ans ; sexe : 54% de garçons), avec une concentration particulière dans les hôpitaux académiques et assimilés, au sein des 12 pilotes. Dans une grande majorité de cas (97%), c'est un médecin de l'institution qui est à l'origine de l'hospitalisation. La proportion d'enfants présentant une affection chronique est de 80%, dont la majorité (60%) sont porteurs d'une affection onco-hématologique. Les principaux groupes d'indications sont : les bilans sans sédation (27.7%), les bilans avec sédation (19.3%), les traitements sans sédation (40.9%) et les traitements avec sédation (5.2%). L'activité de l'HJM se partage donc majoritairement entre les bilans et les traitements programmés, à concurrence de 47% chacun. Si la population des enfants séjournant à l'HJM diffère sensiblement de la population générale, les actes réalisés à l'HJM sont le plus souvent non spécifiques d'une affection onco-hématologique. A l'HJM, on trouve donc une population particulière de patients, mais une population d'actes techniques assez communs le plus souvent.

Hôpital de jour chirurgical : 672 patients ont été enregistrés durant l'enquête, dont 60% de garçon (âge médian : 4 ans 8 mois). Les catégories d'indications les plus représentées sont respectivement : ORL (32%), urologie (25%) et stomatologie (24%). A l'HJC, 13% des enfants présentent une affection chronique et celle-ci est la cause de l'hospitalisation dans seulement 17.5% des cas. La sédation reste la principale raison d'hospitaliser en HJC. Si la majorité (98.6%) des enfants opérés à l'HJC retourne à domicile, néanmoins 1.4% d'entre eux nécessitent une hospitalisation pour une nuit au moins.

3.4.2 Charge de travail

Urgences : la charge de travail moyenne pour les médecins et les infirmiers correspond pour chacun à une heure de prestation. Le travail du médecin est pour l'essentiel (68%) composé d'activités intellectuelles (comprenant l'anamnèse, la consultation d'urgence, la récupération des résultats et la rédaction de la lettre de sortie). Le travail infirmier se partage entre les actes intellectuels (33%), les actes administratifs (33%) et les actes diagnostiques et thérapeutiques (34% cumulés). On notera que dans BePASSTA, les infirmiers ont consacré aux tâches administratives le même temps de travail que pour les actes directement dédiés aux soins du patient. Quand l'urgence est inappropriée, la charge de travail générée est significativement réduite (pour le médecin et l'infirmier), ce qui est cohérent avec le fait que le recours ne mobilise aucune infrastructure spécifique de l'hôpital.

Observations aux Urgences : quand les enfants sont mis en observation, la charge de travail augmente nettement par rapport aux enfants non observés. L'observation d'un enfant représente donc une charge de travail réelle pour tout le personnel des Urgences. On observe que la charge de travail infirmier augmente dans les observations répondant aux critères par rapport aux autres observations.

Hôpital de jour médical : comme aux Urgences, la charge de travail des médecins (pédiatres pour la grande majorité) est essentiellement constituée d'actes intellectuels (72%). Pour les infirmiers, la part des actes thérapeutiques est plus importante que ce qui a été observé aux Urgences (40% versus 34%). Si l'on compare les enfants avec une affection onco-hématologique et ceux qui n'en ont pas, on constate que la charge de travail des patients oncologiques est significativement augmentée pour les infirmiers et le personnel administratif.

Hôpital de jour chirurgical : comme dans les autres secteurs, la charge de travail des médecins est surtout constituée d'actes intellectuels. Pour les médecins comme pour les infirmiers, les actes menant à diagnostiques sont quasiment absents de l'hôpital de jour chirurgical, ce qui est en accord avec son mode de fonctionnement habituel.

3.4.3 Facturation

Parmi les 12 hôpitaux pilotes, 6 ont fourni leurs données de facturation et parmi eux, 4 en utilisant les outils prévus à cet effet. Ces institutions se répartissent à parts égales entre le nord et le sud du pays, et dans chaque groupe, entre grandes institutions (universitaires ou apparentées) et hôpitaux périphériques. On se souviendra donc que la population des contacts facturés est comparable mais pas superposable à la population BePASSTA décrite dans l'enquête par questionnaire.

Urgences (y compris l'Observation): Les récentes modifications survenues dans la nomenclature aux urgences ne semblent pas avoir été parfaitement intégrées dans le fonctionnement des institutions étudiées. On observe une certaine confusion dans l'emploi des codes existants, ainsi que dans les règles d'interprétation et de cumul.

Plus de 91% des visites aux Urgences ne déclenchent pas la facturation d'un forfait INAMI. Ces forfaits ne constituent donc pas une source effective de financement des Urgences pédiatriques. Quand un forfait est facturé, il s'agit le plus souvent d'un forfait plâtre. Les mini-forfaits sont utilisés de manière très marginale. Aux Urgences, il n'y a pas de consultation facturée chez 21.8% des enfants, ni de consultation de pédiatrie facturée chez 23% des enfants qui ont vu un pédiatre. Cette absence de facturation s'explique dans trois quarts des cas, où les enfants ont été hospitalisés après la consultation aux Urgences. Pour le quart restant (soit chez 5% des enfants vus aux Urgences), l'absence de consultation facturée est probablement le signe d'un dysfonctionnement.

Une consultation d'urgentiste est rapportée chez 15% des enfants BePASSTA, alors qu'elle est facturée chez 40% d'entre eux (données financières). On n'observe pas de différence de facturation si l'on compare les urgences appropriées et non appropriées. Autrement dit, les urgences inappropriées coûtent aussi cher (en consultations et forfaits) que les urgences appropriées.

Observations (prises isolément): Les forfaits INAMI sont plus rarement facturés quand l'enfant est mis en Observation qu'en l'absence d'observation. Ils ne constituent donc pas à l'heure actuelle un moyen substantiel de financer l'Observation. Les consultations non facturées sont plus rares en Observation (10.8% de non facturation).

Hôpital de jour médical : Un forfait INAMI est facturé chez 74.4% des patients hospitalisés, ce qui en fait une source majeure du financement de l'HJM. Le plus souvent, il s'agit d'un maxi-forfait (47.3% des cas documentés) ou d'un mini-forfait (31.6% des cas documentés). La proportion importante de forfaits INAMI est à mettre en rapport avec le nombre de patients chroniques, dont les soins justifient souvent ce forfait. 80% des séjours en HJM n'entraînent pas la facturation d'une consultation médicale. Pour les 20% restant, l'enfant hospitalisé a vu un pédiatre.

Hôpital de jour chirurgical : Pour rappel, la circulaire INAMI 2011/7 du 25/3/2011 précise que le cumul d'un forfait INAMI et d'un forfait liste A n'est pas autorisé (art 3 § 9). Le cas échéant, l'arbitrage est en faveur du forfait liste A (art 4 § 10). De même, le cumul de plusieurs forfaits INAMI n'est pas autorisé.

Chez 6.27% des enfants hospitalisés en HJC, on a facturé un forfait INAMI alors qu'une indication « liste A » était rapportée. D'une manière surprenante, on n'a pas facturé de forfait INAMI chez 17.59% des enfants, en l'absence d'indication « liste A ». Si cette combinaison n'est pas irrégulière, on peut s'interroger sur l'intérêt d'utiliser l'infrastructure de l'HJC pour des indications qui ne génèrent aucun forfait, c'est-à-dire qui contribuent peu à son financement. Notons que cette situation ne s'observe que dans une seule des 4 institutions étudiées, et est probablement liée à des habitudes locales. Moins de 2% des enfants opérés à l'HJC se voient facturer une consultation médicale.

4. DISCUSSION ET PROPOSITIONS

4.1 Les Urgences et l'organisation des soins pédiatriques de première ligne

1. A l'hôpital, le pédiatre est le principal agent des soins urgents et non programmés aux enfants (59.8% des enfants sont vus par un pédiatre). Son intervention donne lieu à un code de consultation de pédiatrie (102071 ou 102572), alors que ce code ne correspond pas à une consultation d'urgence. Ce code est d'ailleurs moins bien valorisé que la consultation du médecin SMU. Afin de permettre une juste **valorisation de la consultation pédiatrique urgente**, nous suggérons que les hôpitaux exploitent convenablement les ressources présentes dans la nomenclature. Pour cela, le trajet de soins pédiatrique non programmé devrait être uniformisé en Belgique, avec une localisation exclusive de ce type de consultations dans le service des urgences.
2. Près de la moitié des enfants sont vus aux Urgences durant des périodes réputées difficiles (nuit, week-end et jours fériés). Cette pénibilité particulière du travail aux Urgences constitue un véritable problème, en particulier dans les services comportant un petit nombre de pédiatres. Pour des raisons liées à la sécurité du patient et à celle du médecin (du point de vue médico-légal), la durée du temps de travail **ininterrompu** des pédiatres hospitaliers devrait être règlementée. Une adaptation de la rémunération du travail en heures pénibles pourrait être envisagée, ainsi que l'augmentation du nombre des prestataires de gardes (pédiatres de ville, médecins généralistes...) par le jeu de la substitution/délégation.

3. Dans BePASSTA, les recours aux Urgences ont été classés en **appropriés et inappropriés**, selon qu'ils impliquaient (ou non) un usage obligatoire de l'infrastructure hospitalière. Ce n'est donc pas le fait d'avoir recours à un médecin qui est évalué, mais bien le fait que ce recours ait lieu à l'hôpital. On se souviendra donc qu'il s'agit d'une classification *a posteriori*, à visée épidémiologique, dont la vocation n'est pas d'être appliquée à des situations individuelles. BePASSTA montre qu'une très large part des visites aux Urgences (39.29%) est inappropriée, que ces visites se déroulent plus fréquemment en période difficile, ce qui les rend plus pénibles pour le personnel soignant, et qu'un recours inapproprié ne coûte pas moins cher qu'un recours approprié. Les facteurs associés à une augmentation du risque d'urgences inappropriées sont : l'âge de l'enfant inférieur à 2 ans, les visites de nuit ou de week-end, une faible distance entre le domicile et l'hôpital et étonnamment, le fait d'avoir un médecin traitant. A l'inverse, le risque d'urgences inappropriées diminue quand les parents ont le sentiment que leur enfant est très malade, et également en région flamande. La proportion des Urgences inappropriées est surprenante : faut-il y voir un usage inadéquat de l'infrastructure hospitalière (et éventuellement un défaut dans l'organisation de la première ligne de soins) ou au contraire, s'agit-il d'une tendance souhaitable? Une comparaison de l'efficacité des différents dispositifs dans la dispensation des soins pédiatriques de première ligne permettrait de trancher cette question sur des bases objectives.

4. Plus des deux tiers des enfants vus aux Urgences y arrivent spontanément, c'est-à-dire sur base de la décision des parents uniquement. Pour l'immense majorité, il n'y a pas eu de contact préalable avec le médecin traitant, alors que dans 87.6% des patients en ont un. Autrement dit, la première ligne de soins pédiatriques existe bel et bien mais son fonctionnement réel (rôle accru de l'hôpital comme acteur primaire de soins) est éloigné du modèle théorique. Pourquoi donc la première ligne de soins théorique (généralistes et pédiatres de ville) est-elle si souvent contournée ? Quelle serait la répartition idéale des rôles entre le généraliste, le pédiatre de ville, l'hôpital et d'éventuelles structures annexes? Divers acteurs ont anticipé les réponses à ces questions, et ont instauré des dispositifs visant à rationaliser le recours aux Urgences. Avec un succès discutable : la présence d'un dispensaire extrahospitalier à proximité des Urgences (comme c'est le cas aux Cliniques Universitaires St-Luc) ne réduit pas la proportion d'urgences inappropriées. De plus, l'expérience récente de l'échelonnement (dispositif incitant les patients à consulter le médecin traitant avant d'aller à l'hôpital) s'est révélée peu convaincante. En définitive, l'organisation des soins primaires pédiatriques est-elle efficace ? Pour

répondre à cette question, il serait opportun de réaliser une étude globale portant sur la prise en charge médicale primaire des enfants dans notre pays.

5. Les erreurs de tarification aux Urgences sont fréquentes et portent préjudice à l'ensemble des acteurs de soins : les parents, les différents médecins impliqués, l'hôpital et la Sécurité Sociale. Nous suggérons que les hôpitaux procèdent à un examen attentif des circuits de tarification aux urgences, ce qui permettra de réduire le nombre global des erreurs. Une autre piste investiguée dans certaines institutions consiste à désigner des « infirmières de tarification ». Leur tâche est de vérifier la tarification aux urgences, en salle d'opération... ce qui diminue sensiblement le nombre d'erreur de facturation (y compris les non facturations).

4.2 Les Observations

1. BePASSTA montre que près de 40% des enfants vus aux Urgences y séjournent plus longtemps que la durée habituelle d'une consultation de pédiatrie. On a appelé ce type de séjour « observation » et la fonction hospitalière correspondante « Observation ». L'observation est utilisée pour réaliser des examens complémentaires, attendre les résultats, pour préciser le diagnostic ou encore pour tester un traitement. En transformant une hypothèse a priori en décision a posteriori, le pédiatre est sécurisé dans sa pratique quotidienne aux Urgences. En effet, la mise en observation permet de clarifier un diagnostic incertain dans 84.3% des cas, et de préciser le traitement dans 88.3% des cas. Elle permet également d'éviter un certain nombre d'hospitalisations traditionnelles (au minimum, les enfants qui ont été observés dans un lit). Elle est donc utile pour le médecin et pour la Sécurité Sociale. Afin de favoriser le développement de l'Observation, nous suggérons la création d'un cadre réglementaire, comprenant entre autres les dispositions suivantes : 1. l'hôpital décidera s'il souhaite développer une simple « Fonction d'Observation et de Traitement », ou créer une véritable « Unité d'Observation et de Traitement » ; 2. indépendamment du choix de l'hôpital (fonction ou unité), une zone d'accueil pour les consultations prolongées devra être identifiée dans un lieu choisi en fonction de la configuration de l'hôpital et de sa fréquentation habituelle. Elle permettra la mise en observation d'enfants, en attendant une décision relative à son avenir immédiat ; 3. la Fonction/Unité d'Observation et de Traitement est placée sous la responsabilité d'un pédiatre qui prendra les décisions immédiates pour l'enfant, tant en matière d'orientation qu'en terme de traitement ; 4. le personnel infirmier affecté à la Fonction/Unité d'Observation et de Traitement aura une qualification pédiatrique, comme le prévoit le programme de soins pédiatriques ; 5. l'observation d'un enfant donnera lieu à la rédaction d'un rapport de sortie.

2. Le groupe d'experts propose les **critères** cumulatifs d'observation suivants :
 1. L'enfant séjourne dans un lit ou au minimum dans un endroit spécialement dédié à cet effet
 2. Il est placé sous la responsabilité d'un pédiatre, qui décide de son orientation future
 3. Il est surveillé par une infirmière.
 4. L'enfant est surveillé pendant un minimum de 2 heures
 5. Un rapport d'observation est rédigé par le médecin responsable.
3. BePASSTA a montré que les observations généraient un **travail supplémentaire**. Pour les pédiatres, l'avis et la prise en charge globale précédant l'autorisation de sortie devraient faire l'objet d'un honoraire spécifique. En particulier, il pourrait être créé un « **honoraire d'observation** », d'une valeur égale à l'honoraire de surveillance J1 (code INAMI 598802), qui couvrirait l'activité du pédiatre durant l'observation, y compris la rédaction du rapport de sortie. Cet honoraire, cumulable avec les honoraires de l'urgentiste et du pédiatre, serait justifié pour autant que le séjour en Observation rencontre les critères décrits plus haut.
4. Le financement de la « Fonction d'Observation et de Traitement » se fera grâce à **l'extension du champ du mini-forfait**. Pour autant que l'ensemble des critères d'observation soient remplis, un mini-forfait serait attribué à l'hôpital. Ceci nécessitera la réévaluation du montant du mini-forfait.

4.3 L'hôpital de jour pédiatrique non chirurgical (HJM pédiatrique)

1. Populations d'enfants et populations d'actes à l'HJM pédiatrique

Si à l'HJM, la population des *patients* est très particulière, la **population des actes** est plus ordinaire. En effet, alors que 81.8% des patients présentent une maladie chronique (parmi lesquels une majorité d'affections onco-hématologiques), à peine 11% des actes posés à l'HJM sont onco-hématospécifiques (il s'agit des chimiothérapies, transfusions sanguines et de dérivés et des soins de cathéter central). Autrement dit, 89% des actes posés à l'HJM pédiatrique pourraient concerner n'importe quel enfant malade. Ces actes non onco-hématospécifiques comprennent l'imagerie (CT scanner, IRM, échographies y compris du cœur, radiographie standard), les prélèvements sanguins, l'endoscopie digestive et les traitements intraveineux hors chimiothérapie (hydratation, antibiotiques, immunomodulateurs, chélateurs du fer...). Ceci éclaire l'énorme **potentiel de développement de l'HJM pédiatrique** au-delà de la sphère onco-hématologique, ou à tout le moins, l'absence d'obstacle médico-technique à ce développement. Il est probable que le glissement d'une partie des hospitalisations classiques vers l'hôpital de jour médical contribue à réduire la charge financière des prises en charge pédiatriques traditionnelles. Pour le confirmer, une étude détaillée de

l'hospitalisation classique de pédiatrie reste à faire, afin d'évaluer le nombre de séjours transférables à l'hôpital de jour, et l'impact budgétaire de ces transferts.

2. Alors qu'il existe des conventions spécifiques pour les centres d'onco-hématologie, ce n'est pas encore le cas pour l'hôpital de jour médical *pédiatrique* en Belgique. Quand l'HJM pédiatrique existe, c'est comme un appendice de l'hôpital de jour général. La raison en est simple : le texte relatif à l'HJM est postérieur à celui qui traite du programme de soins pédiatriques, qui n'a pas été actualisé dans ce sens depuis lors. Les prises en charge à l'HJM *pédiatrique* constituent en réalité des séjours à l'HJM *tout court*, en dehors du programme de soins pédiatriques. Pour des raisons de concentration d'expertise, il conviendrait d'amender le programme de soins pédiatriques en y intégrant l'HJM pédiatrique.

Nous suggérons que soit défini **un cadre réglementaire** basé sur les travaux réalisés il y a quelques années par un groupe de travail spécialisé à la demande du SPF Santé Publique et Sécurité de la chaîne alimentaire.

3. Financement des infrastructures pour les HJM pédiatriques constitués en unités

Si l'HJM pédiatrique se constitue comme une unité à part, des moyens seront nécessaires pour en financer les infrastructures.

Ce financement suppose une intervention dans le cadre du BMF et des subsides aux investissements des régions et communautés.

4. Financement du fonctionnement de l'HJM pédiatrique

Le financement du fonctionnement de l'hôpital de jour médical repose sur les actes réalisés (et les forfaits qu'ils déclenchent). BePASSTA montre que 74% des séjours en HJM pédiatrique génèrent un forfait INAMI (avec une répartition quasi égale entre les maxi-forfaits et le groupe mini-forfait + forfait 4). Ceci doit être mis en relation avec la composition particulière de notre population de patients : la proportion élevée d'enfants avec des maladies chroniques sévères augmente le recours à des techniques lourdes (valorisées par un forfait INAMI). A cette réserve près, on observe que près de la moitié des enfants non chroniques ne déclenchent pas la facturation d'un forfait et qu'au total, un quart (26%) des séjours n'est pas financé, si ce n'est éventuellement par une rétrocession d'une part des honoraires médicaux. Cette situation s'explique en partie par les nombreux examens techniques qui justifiaient auparavant une anesthésie et qui ne requièrent plus actuellement qu'une sédation ; or celle-ci ne déclenche aucun forfait. Le glissement progressif observé d'une partie de l'activité de l'hospitalisation classique vers l'hôpital de jour devrait permettre une plus grande intégration du financement de l'hôpital de jour pédiatrique dans le BMF en fonction des activités et de la performance substitutive à l'hospitalisation classique.

Quelle est la nature des actes posés à l'HJ médical pédiatrique ? Pour l'essentiel, il s'agit **d'actes non typiquement pédiatriques** réalisés chez des enfants, et donc, plus délicats et plus longs à exécuter que chez l'adulte.

En tout état de cause, nous suggérons que **le financement de l'hôpital de jour médical pédiatrique soit calqué sur celui de l'HJ chirurgical**.

Ainsi, il serait assuré par le BMF, sur base de l'activité justifiée (un séjour en hôpital de jour médical pédiatrique serait égal à 0.81 journée justifiée, par exemple).

Pour cela, il conviendrait de créer un mécanisme par lequel l'activité clinique intervienne dans le calcul du BMF et contribue au financement de l'HJ médical pédiatrique, même quand elle ne justifie pas un forfait INAMI. La création d'une « liste A médicale » sur le modèle de la liste A classique rencontre un obstacle de taille : il existe très peu d'actes exclusivement pédiatriques. On peut cependant proposer un **mécanisme alternatif** basé sur les critères suivants : 1. L'hospitalisation de jour concerne un patient de moins de 15 ans ; 2. Il séjourne dans un lit ; 3. La somme des valeurs K des actes posés durant son séjour dépasse une valeur seuil à fixer. Si l'ensemble de ces critères est rencontré lors d'un séjour en HJ médical pédiatrique, on considèrera que le séjour est justifié, comme l'est en HJ chirurgical un séjour comportant une intervention de la liste A (classique). Dans le calcul de l'activité justifiée de l'hôpital, il serait nécessaire de développer un mécanisme de requalification des séjours classiques, quand l'indication aurait pu être prise en charge à l'hôpital de jour médical pédiatrique. Pour cela, un groupe d'experts pédiatres proposera une liste de circonstances (diagnostics, actes, combinaison d'actes, etc... sur base du RCM) devant obligatoirement être prises en charge en HJM pédiatrique.

5. Financement de l'activité médicale

Qu'en est-il des honoraires médicaux ? Au cours d'un séjour en HJM pédiatrique, on peut distinguer deux groupes d'actes et de prestations:

- Les actes qui ont justifié le séjour (actes diagnostiques ou thérapeutiques)
- et ceux qui l'ont rendu possible (la coordination du séjour, la surveillance de l'enfant, les contacts avec les parents, la rédaction du rapport au médecin traitant...).

La coordination du séjour à l'hôpital de jour médical est valorisée différemment, selon le type de forfait facturé. Reste la situation où aucun forfait n'est facturable. Dans ce cas, la coordination du séjour (pourtant bien réelle) ne permet pas de porter en compte une consultation de pédiatrie, ou un honoraire de surveillance. C'est pourquoi pour ces situations particulières, il serait utile de créer un « **honoraire de coordination** » pour le médecin responsable du séjour de l'enfant. Cet

honoraire aurait une valeur égale à l'honoraire de surveillance J1 (code INAMI 598802).

6. Remarque

L'étude des coûts de l'hôpital de jour médical est actuellement en cours dans un groupe de travail à l'INAMI qui a décidé de concentrer son analyse sur l'hôpital de jour pour adultes. Cette analyse s'intéresse plus particulièrement à l'hôpital de jour oncologique, ce qui constitue aujourd'hui une importante activité de jour comme nous avons pu le constater dans notre étude. Plusieurs forfaits oncologiques seront prévus. Puisque le financement de l'hôpital de jour médical pédiatrique n'est pas encore établi, il serait utile qu'une étude soit menée afin d'analyser le coût complet de l'hôpital de jour médical pédiatrique oncologique et non-oncologique.

4.4 L'hôpital de jour chirurgical pédiatrique

L'HJ chirurgical est une fonction hospitalière mature, bien structurée par la loi, qui ne pose pas de problème majeur.

On notera cependant les points suivants :

1. Le caractère limitatif des listes d'interventions générant un forfait « liste A » ou INAMI.

Ni les focus groups ni l'enquête de terrain n'ont montré le souhait des praticiens d'intégrer dans ces listes de nouvelles interventions actuellement réalisées en hospitalisation traditionnelle. Cette liste A ne semblent donc pas poser de problème aux chirurgiens. Cependant, un examen régulier de cette liste pourrait être envisagé. Un groupe de travail comprenant des chirurgiens (au sens large) et des pédiatres pourrait être constitué à cet effet.

2. Les pédiatres absents de l' HJ chirurgical

On se souviendra que seuls des hôpitaux possédant un programme de soins pédiatriques étaient éligibles pour BePASSTA. Lors de l'enquête de terrain, l'absence du pédiatre à l'HJ chirurgical n'a pas semblé constituer un problème: ni les parents, ni les infirmières, ni les chirurgiens ni même les pédiatres n'ont jugé utile d'évoquer ce point. L'enquête de flux a pourtant montré qu'une proportion non nulle (1.4%) d'enfants opérés à l'HJ chirurgical ne pouvaient pas rentrer chez après l'intervention, et devaient rester hospitalisés au moins une nuit. Pour des raisons de sécurité, nous suggérons donc que les hôpitaux avec un HJ chirurgical pédiatrique prévoient toujours la possibilité de faire appel à un pédiatre dans des délais compatibles avec l'urgence (15 minutes maximum), l'objectif étant de disposer d'une couverture pédiatrique disponible et mobilisable en cas de besoin.

3. Le financement de l'activité du pédiatre à l'hôpital de jour chirurgical

Quand le pédiatre est appelé au chevet d'un enfant opéré à l'hôpital de jour chirurgical, il est permis de facturer un avis de médecin spécialiste, pour autant que la raison de l'hospitalisation génère un forfait « non-mini » (c'est-à-dire maxi, 1 à 7, douleur ou liste A).

4. Caractère pédiatrique de l'HJ chirurgical

Comme énoncé dans la Charte de Leiden, les soins aux patients pédiatriques nécessitent des aménagements particuliers, y compris à l'hôpital de jour chirurgical pédiatrique. Or ceux-ci ne sont pas prévus dans la loi, ni financés. Faut-il adapter les normes actuelles de l'hôpital de jour chirurgical ? Ce serait possible en créant un encadrement spécifique pour les enfants et des normes architecturales prévoyant une zone pédiatrique particulière. Le financement de l'HJ chirurgical devra permettre les adaptations rendues nécessaires par la prise en charge des enfants.

II. INTRODUCTION

1 CONTEXTE GÉNÉRAL

1.1 L'enfant hospitalisé a des besoins spécifiques reconnus par la loi

Depuis plus de 20 ans, les besoins spécifiques de l'enfant hospitalisé ont été reconnus par les conventions internationales².

Parmi ces besoins, on relève notamment:

- la présence d'au moins un parent durant le séjour
- la prise en compte optimale de la douleur
- un environnement correspondant aux besoins physiques, affectifs et éducatifs de l'enfant
- ainsi que des admissions à l'hôpital réservées aux affections ne pouvant être efficacement traitées à domicile.

Une prise en charge de qualité nécessite donc des infrastructures et un encadrement adaptés aux besoins de l'enfant et à ses accompagnants.

Pour cela, le Législateur a jugé utile de mettre en place une série de mesures législatives et réglementaires, parmi lesquelles le programme de soins pédiatriques³ occupe une place centrale.

L'ensemble des dispositions réglementaires relatives à la pédiatrie ont été établies dans un but de plus grande efficacité, d'optimisation de la qualité des soins et de meilleure accessibilité aux soins.

Or, en pédiatrie comme dans les autres branches de la médecine, les modalités de soins sont en constante évolution.

1.2 L'enfant à l'hôpital : des prises en charge qui changent avec le temps

En particulier, au cours des dernières années, l'usage des différentes formes d'hospitalisation pédiatrique a changé.

² Charte Européenne de l'Enfant Hospitalisé, Leiden 1988

³ AR du 13 juillet 2006 fixant les normes auquel un programme de soins pédiatriques doit répondre pour être agréé.

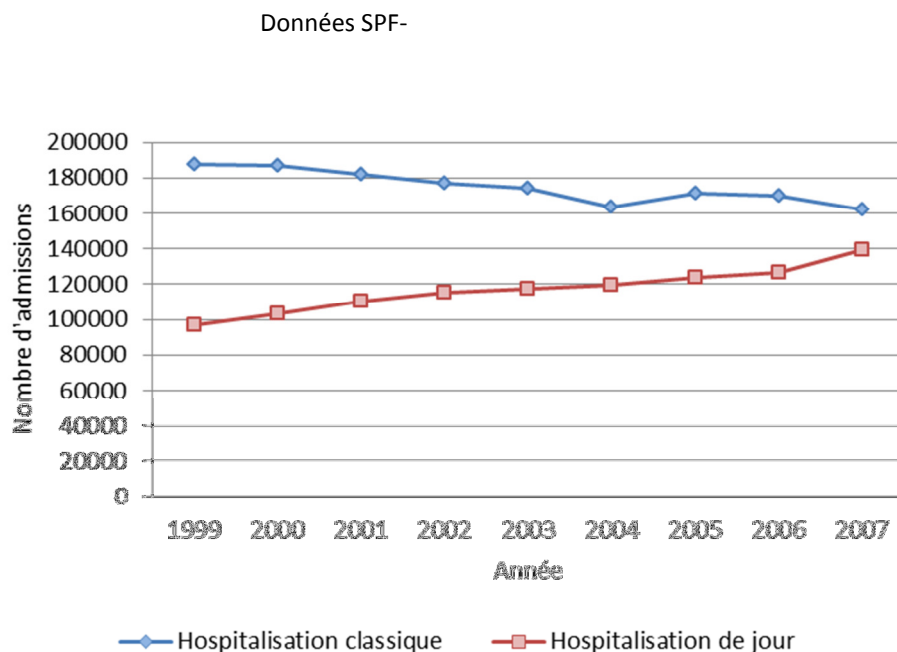
Cette évolution (Figure 1) se caractérise par :

- **le développement de l'hôpital de jour médico-chirurgical au détriment de l'hospitalisation classique** (comportant une nuit au moins).

Sur la période allant de 1999 à 2007, les données du SPF Santé Publique et Sécurité de la chaîne alimentaire montrent que :

- la durée moyenne des séjours pédiatriques est stabilisée, passant de 3.7 à 3.6 jours par séjour
- le nombre de séjours en hospitalisation classique diminue sensiblement alors que les admissions d'enfants en hôpital de jour médico-chirurgical augmentent dans le même temps.

Figure 1 : Evolution du nombre d'admissions en pédiatrie selon le type d'hospitalisation



L'analyse des données du SPF montre que sur la période étudiée, le nombre d'admission en hospitalisation classique a diminué en moyenne de 3202 par an (ce qui représente une perte d'activité de 11848 jours d'hospitalisation par an).

Sur la même période, les admissions en hôpital de jour médico-chirurgical ont augmenté en moyenne de 5359 par an.

Soit une disparition moyenne annuelle de 6488 journées d'hospitalisation dans les unités de pédiatrie.

- **Le rôle croissant joué par les urgences** des hôpitaux comme acteur de première ligne dans la prise en charge des enfants malades
- **L'apparition des fonctions d'observation**, qui permettent des prises en charge courtes. Dans ce type d'unité, on peut observer et traiter un enfant malade pendant quelques heures, sans l'admettre formellement en hospitalisation classique. Comme cela apparaîtra plus loin (cf. revue de la littérature), ce type de prise en charge existe déjà dans plusieurs états européens, où des cadres réglementaires et des financements adaptés ont été définis.

Ces modalités (hospitalisation de jour programmée médico-chirurgicale, recours accru aux urgences hospitalières et développement d'une fonction d'observation non programmé) se développent parce qu'elles répondent aux attentes de la plupart des acteurs du réseau de soins pédiatriques.

En effet, elles rencontrent à la fois :

- les préoccupations budgétaires des autorités subsidiaires, en remplaçant un nombre significatif d'hospitalisations classiques par des prises en charge « de jour », programmées ou pas
- le souhait légitime des parents, désireux de réduire l'inconfort lié à une hospitalisation ainsi que les désagréments familiaux et professionnels que celle-ci produit
- enfin, elles assouplissent la pratique des pédiatres hospitaliers, en élargissant l'éventail des modalités de prise en charge.

1.3 BePASSTA pour y voir clair

Mais cette évolution soulève également de nombreuses questions, en particulier sur le plan du financement de l'hôpital.

Le cadre juridico-financier définissant ces nouvelles modalités correspond-t-il à la réalité de terrain? Et le cas échéant, quels aménagements pourrait-on apporter à ce cadre ?

Notons au passage qu'il n'existe pas encore de cadre dédié à l'unité d'Observation, ni à l'Hôpital de jour *pédiatrique*, chirurgical et non chirurgical.

Afin de disposer d'éléments objectifs sur ces modalités de prises en charge courtes, le Service Public Fédéral –Santé Publique et Sécurité de la chaîne alimentaire a diligenté une étude menée conjointement par le département d'économie de la santé de l'Université Libre de Bruxelles et par l'Université de Gand.

Les objectifs de cette étude, appelée BePASSTA (pour Belgian PAediatric Short STAY study), consistaient à définir « des paramètres pertinents pour quantifier le financement ainsi que les activités et les caractéristiques des patients (âge, pathologie), du personnel intervenant (actes médicaux et infirmiers, types de prestations...), de la prise en charge (traitements, examens complémentaires, types de procédures...), ainsi que le suivi (intra- ou extrahospitalier) » des patients.

Il a également été demandé d' « évaluer les avantages et les limites de la prise en charge des enfants en hospitalisation de jour et en hospitalisation provisoire par rapport aux autres prises en charge ».

Enfin, l'équipe de recherche devait « établir des propositions pour un financement correct de la prise en charge en hospitalisation de jour (au sens large) » et « formuler des recommandations sur la base de tous ces éléments ».

C'est donc à l'ensemble de ces questions que nous avons tenté de répondre dans ce rapport.

2 SITUATION DES COURTS SÉJOURS PÉDIATRIQUES EN BELGIQUE

2.1 Aspects législatifs

2.1.1 Le programme de soins pour enfants

Le programme de soins pour enfants doit offrir, sur un *site unique*, les possibilités de traitements suivantes :

- hospitalisation classique
- hospitalisation de jour
- hospitalisation provisoire
- consultations ambulatoires

Les enfants sont définis comme des mineurs n'ayant pas atteint l'âge de 15 ans. Ils ne peuvent jamais être traités ou soignés simultanément au même endroit que des patients adultes. Les mineurs entre 15 et 18 ans souffrant d'une affection chronique doivent, en concertation avec le médecin-chef de service, avoir le choix d'être soignés dans une unité de soins pour adultes ou dans une unité de soins pour enfants. Le programme de soins a comme groupes-cibles :

- les enfants qui ont passé au moins une nuit à l'hôpital sauf les enfants séjournant:
 - o dans un service K (services neuropsychiatriques d'observation et de traitement d'enfants)
 - o dans un service M (maternité) agréé en raison d'une grossesse ou d'un accouchement
 - o dans un service de néonatalogie (index NIC/ fonction N*)
- tous les enfants qui subissent une intervention permettant la facturation d'un mini forfait, d'un maxi forfait, d'un forfait A, B, C ou D, ou d'un montant forfaitaire en cas d'utilisation de la salle de plâtre
- tous les enfants qui subissent une intervention chirurgicale en hospitalisation de jour
- tous les enfants qui font l'objet d'une hospitalisation provisoire

Les conditions pour pouvoir bénéficier d'un programme de soins pour enfants sont définies à l'article 5 de l'AR du 13 juillet 2006⁴. L'infrastructure d'un programme de soins doit comprendre, notamment, un espace de jeu ainsi que des locaux avec bain pour bébé et cousin à langer. Les équipements et le matériel doivent être adaptés

⁴ Arrêté royal fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée

aux besoins spécifiques de tous les enfants. Au minimum, le matériel suivant doit être disponibles :

- pompes à perfusion avec la possibilité de régler un volume maximum à perfuser;
- poussettes-seringues;
- monitoring cardio-respiratoire;
- saturomètre (avec capteur adapté);
- tensiomètre (avec manchette adaptée);
- matériel d'aspiration;
- appareil d'aérosol;
- matériel de réanimation pour enfants de tous les âges, y compris des directives en matière de réanimation;
- le matériel nécessaire pour l'administration et l'humification d'oxygène, adapté à l'âge et aux besoins de l'enfant.

Les équipes de professionnels des programmes de soins pour enfants se composent d'un encadrement :

- *médical* :

Il est dirigé par un médecin spécialiste en pédiatrie attaché à temps plein à l'hôpital. Les principales prérogatives du médecin-chef de service consistent à éviter l'hospitalisation d'enfants pouvant être traité à domicile, à diminuer le plus possible la durée d'hospitalisation, à élaborer et assurer le suivi des procédures et, enfin, à veiller aux conditions de transfert des enfants vers un autre hôpital.

L'équipe médicale se compose de 3 ETP pédiatres jusqu'en 2012, date à laquelle la norme passera à 4 ETP pédiatres. Un pédiatre (ou un pédiatre en formation) doit pouvoir être appelable pour la permanence médicale.

- *infirmier* :

Il est dirigé par l'infirmier en chef du programme de soins pour enfants. Celui-ci doit être spécialisé en pédiatrie ou justifié d'une expérience d'au moins 5 ans en service index E avant 2006. Il veillera, d'une part, à la garantie de soins optimaux aux enfants hospitalisés, le plus brièvement possible, et d'autre part, à l'élaboration et au suivi des protocoles (heures de visites, gestion de la douleur, concertations multidisciplinaires, etc.).

Le Staff infirmier doit être composé au minimum de 75 % d'infirmiers spécialisés en pédiatrie. Un infirmier porteur de cette qualification doit être présent 24 heures sur 24

- *en personnel non médical :*

Il se compose d'un expert en matière d'alimentation, d'un accompagnateur(s) des activités ludiques (diplôme secondaire supérieur) et de personnel de soutien psycho-social (A1 ou bachelier). A l'exception de l'expert en matière d'alimentation, les normes de personnes sont de 0,5 ETP si le nombre de lits (index E) dans l'unité de soins est inférieur à 30, ou à concurrence d'un équivalent temps plein, par tranche complète de 30 lits (index E).

2.1.2 Les urgences

Deux types de fonctions hospitalières sont prévus pour la prise en charge des patients non programmés : la fonction " première prise en charge des urgences " ⁵ et la fonction " soins urgents spécialisés " ^{6, 7, 8}.

La fonction " *première prise en charge des urgences* " vise l'accueil et le traitement de patients atteints d'une pathologie aiguë. Elle est obligatoire dans les hôpitaux ne disposant pas d'une fonction " soins urgents spécialisés " à l'exception des services gériatriques isolés ou des hôpitaux spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle.

La fonction " *soins urgents spécialisés* " doit être en mesure de préserver, de stabiliser et de restaurer les fonctions vitales et est chargée de la prise en charge de toute personne qui s'y présente ou y est transportée et dont l'état de santé requiert ou est susceptible de requérir des soins immédiats.

La prise en charge comprend :

- 1° l'accueil;
- 2° les premiers soins et, le cas échéant, la préservation, la stabilisation et la restauration des fonctions vitales;
- 3° l'orientation diagnostique et thérapeutique;
- 4° le cas échéant, la première période d'observation nécessaire à l'orientation diagnostique et thérapeutique, qui ne peut être supérieure à 24 heures;
- 5° toutes les démarches nécessaires à la continuité des soins pour les patients hospitalisés ou non hospitalisés.

⁵ 27 AVRIL 1998. - Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction " première prise en charge des urgences "

⁶ 27 AVRIL 1998. - Arrêté royal fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction " première prise en charge des urgences " pour être agréée.

⁷ 27 AVRIL 1998. - Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction " soins urgents spécialisés ".

⁸ 27 AVRIL 1998. - Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée.

Les normes d'architecture, de fonctionnement, d'organisation, de personnel et d'équipement sont définies dans les textes de Loi précités.

Les services d'urgence des hôpitaux avec un programme de soins pour enfants doivent répondre aux conditions générales d'organisation, d'infrastructure et d'équipement pour l'accueil de patients pédiatriques, décrites ci-dessus (cf. point a. Les programmes de soins pour enfants).

2.1.3 L'hospitalisation provisoire

Seul l'arrêté ministériel du 14 février 2005⁹ évoque la notion de « lit d'hospitalisation provisoire » sans qu'aucune définition de ce concept ne soit donnée. L'hospitalisation provisoire ne possède donc aucune définition légale propre bien que ce terme soit utilisé à deux reprises dans les textes législatifs. Dans l'AM précité et dans l'AR concernant le programme de soins pour enfants.

Dans la pratique, l'hospitalisation provisoire 'adulte' a pour but, principal, l'attente d'un transfert vers un service d'hospitalisation classique, vers un autre hôpital ou encore vers un autre type d'institution de soins ou d'accueil. L'hospitalisation provisoire 'pédiatrique' a une plutôt une fonction d'observation du patient afin de positionner son diagnostic ou son traitement. Elle est d'ailleurs définie dans l'AR comme une surveillance de plus de 4 heures dans des locaux adaptés comme définis dans la loi des hôpitaux mais qui ne permet pas la facturation d'un mini forfait, ni d'un maxi forfait, ni d'un forfait A, B, C ou D (*devenu forfaits groupe 1 à 7*), ni d'un montant forfaitaire en cas d'utilisation de la salle de plâtre. Cette fonction d'observation est également prévue pour les adultes dans la fonction d'urgence (voir supra point b, 3°).

Cette définition ne précise pas des normes spécifiques à cette fonction, autre que les normes générales des programmes de soins. Elle ne précise pas non plus si les séjours en hospitalisation provisoire sont programmés ou non programmés.

⁹ 14 FEVRIER 2005. - Arrêté ministériel fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en médecine d'urgence, des médecins spécialistes en médecine d'urgence et des médecins spécialistes en médecine aiguë, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage dans ces disciplines

2.1.4 L'hospitalisation de jour chirurgicale

Dans la fonction 'hospitalisation de jour chirurgicale' (HJC)¹⁰, on réalise des prestations chirurgicales, sans nuitée.

La fonction d'HJC est organisée par le même pouvoir organisateur que l'hôpital général à laquelle elle est reliée. Elle se trouve, également, sur les plans organisationnel et architectural sur le même site que son hôpital général. Les normes architecturales, fonctionnelles, d'organisation et de personnel sont décrites dans l'AR du 25 novembre 1997.

La fonction d'HJC doit répondre aux normes générales des programmes de soins. Cependant, l'AR organisant le programme de soins pour enfant¹¹, prévoit des dispositions particulières à la fonction d'HJC :

- L'organisation du quartier opératoire est telle que :
 - les patients conscients ne sont confrontés, ni de façon auditive ni de façon visuelle, à ce qui se passe dans les autres salles d'opération;
 - un des parents peut se trouver près de l'enfant lorsque celui-ci est conscient sauf contre-indication apportée par le médecin-chef de service, ou apportée par le médecin-spécialiste en anesthésiologie-réanimation ou le médecin spécialiste en chirurgie qui est chargé du traitement de l'enfant;
 - un espace séparé pour les enfants est prévu dans la salle de réveil.
 - le déroulement du programme de chirurgie de jour pour enfants admis en hospitalisation de jour d'un programme de soins pour enfants n'est en aucun cas subordonné au programme opératoire pour enfants admis en hospitalisation classique du programme de soins ni au programme opératoire pour adultes.

¹⁰ 25 NOVEMBRE 1997. - Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction " hospitalisation chirurgicale de jour " / 25 NOVEMBRE 1997. - Arrêté royal fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction " hospitalisation chirurgicale de jour " pour être agréée.

¹¹ AR du 13 juillet 2006— Arrêté royal fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée + AR 13 JUILLET 2006. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, tel que visé à l'article 9ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et désignant les articles de la loi sur les hôpitaux qui leur sont applicables.

- L'organisation de l'espace pour les examens et le traitement est telle que :
 - o les patients conscients ne sont confrontés, ni sur le plan auditif, ni sur le plan visuel, à ce qui se passe dans d'autres espaces d'examen et de traitement, à l'exception des chambres de l'unité de soins des maladies infantiles (index E);
 - o un des parents peut rester près de l'enfant pendant l'examen ou le traitement.
- La fonction HJC doit disposer d'une salle d'attente adaptée aux enfants et séparée de la salle d'attente des adultes.
- Le séjour au sein du service doit être sûr pour chaque personne et en particulier pour les enfants. Les mesures nécessaires doivent être prises pour que les patients ne puissent quitter la fonction sans que ceci soit justifié.
- Le médecin responsable de la fonction HJC doit se concerter avec un pédiatre de l'hôpital pour fixer la procédure écrite et les critères de sélection des patients
- Lorsque des enfants sont pris en charge, la fonction ne peut fonctionner que s'il y a un spécialiste en pédiatrie effectivement présent sur le site hospitalier
- La fonction HJC doit disposer d'un infirmier gradué spécialisé en pédiatrie, un bachelier en soins infirmiers spécialisé en pédiatrie ou des personnes qui peuvent prouver, qu'ils travaillent ou ont travaillé pendant au minimum 5 ans dans un service agréé de maladies infantiles (index E) avant juillet 2006.

Lorsqu'un hôpital ne dispose pas d'un programme de soins pour enfants, il doit conclure un accord avec l'hôpital le plus proche agréé pour ce programme de soins spécifique.

2.1.5 L'hospitalisation de jour non chirurgicale

La fonction d'hospitalisation non chirurgicale de jour (ou hospitalisation de jour médicale – HJM) comprend l'ensemble des *actes diagnostiques ou thérapeutiques non chirurgicaux PLANIFIÉS* relevant des différentes disciplines médicales et pour lesquels le patient quitte l'hôpital le jour même de son admission. Les actes en question requièrent l'intervention effective du personnel médical, infirmier et/ou paramédical de l'hôpital en raison de l'état médical du patient nécessitant une surveillance médicale/infirmière prolongée et/ou en raison de la complexité médico-technique de la procédure et de la sécurité du patient¹².

¹² 10 FEVRIER 2008. - Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction " hospitalisation non chirurgicale de jour ".

La fonction d'HJM fait partie, sur les plans organisationnel et fonctionnel, d'un hôpital général et se trouve sur le site de ce dernier. Elle est exploitée par le même pouvoir organisateur et constitue une ou plusieurs entité(s) reconnaissable(s) et distincte(s). Les normes architecturales, fonctionnelles, d'organisation et de personnel sont décrites dans l'AR du 10 février 2008¹³.

La promulgation des dispositions législatives, concernant le programme de soins pour enfants, est antérieure à la reconnaissance légale de l'HJM. Cette reconnaissance est assez récente (2008) et n'a pas encore fait l'objet d'une intégration dans le programme de soins pédiatrique.

2.1.6 Le programme de soins en hémato-oncologie pédiatrique (PSHOP)

Dans le cadre du Plan National Cancer (Action 12 : « Définition et financement d'un programme de soins oncologique pédiatrique ») et la demande de Madame la Ministre L. Onkelinx, un groupe de travail a été constitué, composé de pédiatres oncologues, de représentants du SPF Santé publique et du Cabinet des Affaires sociales et de la Santé publique. L'objectif de ce groupe de travail était d'établir les bases nécessaires à la rédaction d'un AR fixant les normes d'agrément pour un Programme de Soins d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique (PSHOP), c'est-à-dire destinés à la prise en charge des patients de moins de 16 ans, atteints d'affections hémato-oncologiques.

Les conclusions des travaux de ce groupe de travail ont été colligées dans un document intitulé « Rapport de synthèse GTHOP : résumé des critères et des normes – version 10/08/2010 ». Pour que les 8 centres actuels d'oncologie pédiatriques puissent disposer du personnel et du financement nécessaires à leur activité, les mesures suivantes devraient être décidées :

1. La reconnaissance des 8 centres actuels d'oncologie pédiatrique comme centres de référence uniques pour le traitement des cancers de l'enfant.
2. Le soutien financier aux synergies entre les centres d'oncologie pédiatrique pour l'amélioration de la qualité des soins et la spécialisation de chacun d'eux.
3. La réalisation d'un programme de soins en oncologie pédiatrique avec ses besoins de financement en concertation avec les centres.
4. Le financement dès 2009 d'un renforcement de 2 ETP pour l'encadrement paramédical des centres d'oncologie pédiatrique.

La finalisation du programme de soins en hémato-oncologie pédiatrique et son officialisation sont pendantes en l'absence de gouvernement de plein exercice. En

¹³ 10 FEVRIER 2008. - Arrêté royal fixant les normes auxquelles la fonction " hospitalisation non chirurgicale de jour " doit répondre pour être agréée

attendant, une loi de financement a été mise en œuvre afin de budgéter les centres d'hémo-oncologie pédiatrique des 2010 sur base de la situation actuelle.

2.2 Financement

2.2.1 Inleiding

De Belgische ziekenhuiszorg wordt op een complexe manier gefinancierd. Algemeen is er sprake van vijf financiële stromen; 1) het Budget Financiële Middelen (BFM), 2) de overeenkomsten tussen de ziekenfondsen en ziekenhuizen, 3) een indirecte financiering via de medische honoraria 4) een budget voor geneesmiddelen, medische en farmaceutische producten, en 5) de bijdrage van de patiënt¹⁴. In het kader van deze studie bespreken we de financiering van de pediatrie op basis van deze vijf financiële stromen. Het is hierbij niet de bedoeling om een volledig overzicht te geven van de ziekenhuisfinanciering. De reflectie concentreert zich eerder op de financieringsaspecten van kortverblijvende kinderen. Deze tekst kwam tot stand op basis van gesprekken met afgevaardigden van de directies van de bezochte ziekenhuizen, gesprekken met pediaters en eigen inzichten.

2.2.2 Budget Financiële Middelen (BFM)

2.2.2.1 Algemeen

Het BFM wordt ingedeeld in drie grote categorieën;

- Categorie A (niet geïndexeerd) ter dekking van de investeringslasten en de korte termijn kredietlasten;
- Categorie B (geïndexeerd) ter dekking van de werkingskosten;
- Categorie C (niet geïndexeerd) die een restgroep vormt.

¹⁴ Voor de volledigheid dient opgemerkt dat de patiënt ook over een aanvullende hospitalisatieverzekering kan beschikken. Hierdoor staat deze niet volledig zelf in voor deze persoonlijke bijdrage tot de ziekenhuisfinanciering.

Vervolgens worden deze drie grote categorieën verdere opgesplitst in 15 subdelen;

- Deel A1 investeringslasten;
- Deel A2 korte termijn kredietlasten;
- Deel A3 investeringslasten van bepaalde medisch-technische diensten (PET, MRI, Radiotherapie) ;
- Deel B1 gemeenschappelijke diensten;
- Deel B2 klinische diensten;
- Deel B3 werkingskosten voor medisch-technische diensten (PET, MRI, Radiotherapie);
- Deel B4 recyclage en forfaits;
- Deel B5 werkingskosten apotheek ;
- Deel B6 vroegere sociaal akkoorden niet-ligdagpersoneel;
- Deel B7 universitaire functie;
- Deel B8 sociale functie;
- Deel B9 sociale akkoorden 2005-2011;
- Deel C1 aanloopkosten;
- Deel C2 inhaalbedragen;
- Deel C3 recuperatie supplementen;
- Deel C4 geraamd inhaalbedrag.

2.2.2.2 Pediatrie

In de volgende paragrafen wordt vooral aandacht besteed aan enkele onderdelen van het BFM. Een aantal delen van het BFM staat niet rechtstreeks in verband met de klinische zorg of de specificiteit die de pediatrische zorg met zich meebrengt en vallen bijgevolg buiten het bestek van deze studie. In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens het onderdeel B2 betreffende de klinische diensten en onderdeel B4 betreffende de spelbegeleiding en oncologische pediatrie aan bod. Daarnaast werd tijdens de bezoeken en gesprekken met de ziekenhuizen vaak verwezen naar de specifieke kosten die voortvloeien uit het behandelen en verzorgen van sociaal-economisch zwakke patiëntenprofielen. Daarom wordt op het einde van dit stuk ook stilgestaan bij het onderdeel B8 dat instaat voor de compensatie van deze specifieke extra kosten die deze patiëntenprofielen met zich meebrengen.

Hoewel deze studie zich toespitst op kortverblijvende kinderen (behandeling en diagnose in daghospitalisatie, voorlopige hospitalisatie en de spoedafdeling), is deze financiering, net als bij de klassieke hospitalisatie deels gebaseerd op het principe van 'verantwoorde verblijven'. Bijgevolg kan de huidige financiering van de 'kortverblijvende kinderen' niet worden besproken zonder ook de financiering van de klassieke hospitalisatie op de dienst kindergeneeskunde (E-dienst) in beschouwing te nemen.

2.2.3 Onderdeel B2: de kosten voor de klinische diensten

2.2.3.1 Klassieke hospitalisatie

De basisfinanciering van de E-dienst is gebaseerd op het aantal 'verantwoorde ligdagen' die op basis van de AP-R-DRG-methode worden toegekend. Deze 'verantwoorde ligdagen' worden omgezet in een aantal verantwoorde bedden door rekening te houden met een bezettingsgraad van 70 %. Bij de berekening van de personeelskost worden 13 VTE verpleegkundigen per 30 verantwoorde bedden (met een theoretisch bezettingspercentage van 70%) toegekend. Concreet wordt, om te corrigeren voor de grotere werklast die een pediatrie patiënt met zich meebrengt, er 1 VTE per 30 verantwoorde bedden meer toegekend t.o.v. de afdelingen chirurgie (C) en inwendige (D) voor volwassenen. Daarnaast bedraagt het theoretisch bezettingspercentage 70% in plaats van 80% (C en D-dienst) om te corrigeren voor de lagere gemiddelde bezettingsgraad van de dienst pediatrie. Concreet staat dit voor de pediatrie gelijk met 7.665 verpleegdagen in totaal, 255.5 verpleegdagen per bed en 590 verantwoorde verpleegdagen per verpleegkundige (1 VTE). Rekening houdend met de waarde van een punt komt dit neer op 66.46 euro per verantwoorde verpleegdag. Tableau 1 geeft een overzicht en een vergelijking met de financiering van de C en D diensten.

Tableau 1 : Vergelijking basisfinanciering E-dienst tov CD-diensten

	Personeelsnormen (VTE)	Per aantal verantwoorde bedden	Punten/verantwoord bed	totaal aantal verpleegdagen	verpleegdagen per bed	verpleegdagen per verpleegkundige (1 VTE)
chirurgische en internistische diensten (CD-diensten)	12	30	1	8760	292	730
pediatrie diensten (E-dienst)	13	30	1	7 665	255,5	590

De verpleegkundige basisomkadering van een E dienst is per 30 verantwoorde bedden slechts één verpleegkundige meer dan voor de basisdiensten C en D waar volwassenen verzorgd worden. Tijdens de bezoeken van de onderzoeksequipe aan de pilootziekenhuizen werd er geregeld op gewezen dat dit ontoereikend is. De pediatrie wordt gekenmerkt door een zwaardere werklust die, verhoudingsgewijs, een groter personeelskader vraagt. Naast de extra verpleegkundige zorg die de pediatrie patiënten vragen, dient ook extra tijd geïnvesteerd te worden in communicatie met de kinderen en de opvang van hun ouders en andere familieleden. Daarnaast staan de verpleegkundigen van de E-dienst, in vergelijking met deze van de C- en D-diensten, doorgaans ook in voor het transport van de zieke kinderen naar de operatiezaal, radiologie...

Alhoewel de verblijfsduur werd verkort blijven de noden op vlak van zorg, communicatie en begeleiding even groot. Deze verkorting van de verblijfsduur resulteert in een intensivering van de diverse activiteiten en betekent een hogere werklust voor dezelfde verpleegkundige basisomkadering.

Ten slotte wordt uit de bezoeken en gesprekken met de diensten pediatrie duidelijk dat de schommelingen in bezettingsgraad vaak voor moeilijkheden zorgt op vlak van personeelsbezetting. In de winterperiode ligt de bezettingsgraad gevoelig hoger waardoor de zorgverstrekking een hoger verpleegkundige omkadering vereist. In de zomerperiode ligt de bezettingsgraad gevoelig lager waardoor minder omkadering nodig is. Het is niet eenvoudig om dit probleem op een financieel-economische én medisch/verpleegkundig verantwoorde manier op te lossen. Enerzijds brengt de inzet van tijdelijk personeel met zich mee dat de nodige, specifieke ervaring en kennis rond kindergeneeskunde bij de extra personeelsleden niet steeds aanwezig is. Anderzijds is het afstemmen van de omkadering voor het hele jaar op de drukkere winterperiode financieel niet haalbaar.

Naast deze basisfinanciering wordt ook een aanvullende financiering toegekend om tegemoet te komen aan een verhoogde zorgbehoefte die niet in de AP-R-DRG methode wordt verrekend. Bij deze bijkomende financiering kent men een aantal bijkomende punten toe per deciel voor de E-dienst (Tableau 2).

Tableau 2 : Aanvullende financiering pediatrie

Decielen	Bijkomende punten per verantwoord bed
1	0
2	0,01
3	0,05
4	0,1
5	0,13
6	0,15
7	0,18
8	0,2
9	0,25
10	0,38

De ziekenhuizen worden gerangschikt in decielen op basis van twee parameters. Enerzijds de waarde van de geneeskundige en heelkundige verstrekkingen per E-bed voor de patiënten die tijdens de twee laatst gekende dienstjaren in deze dienst zijn opgenomen, berekend overeenkomstig de nomenclatuur (met uitzondering van klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en forfaitaire honoraria). Anderzijds het aantal MVG-punten per verpleegdag vastgesteld op basis van de minimale verpleegkundige gegevens voor de E-bedden. De medische verstrekkingen hebben een gewicht van 70 % in het eindresultaat, de MVG-punten voor 30 %. Na deze rangchikking worden de ziekenhuizen in decielen ingedeeld, wat dan telkens overeenstemt met een aantal bijkomende punten per verantwoord bed.

Er is een verschil tussen de basisfinanciering van het personeel, berekend op de waarde van een punt, en de reële kost van een verpleegkundigen. De laatste Maha-sectoranalyse van de algemene ziekenhuizen (op basis van de cijfers 2009) bevestigt dit gegeven. De gefinancierde loonkost van verpleegkundig personeel (56.500 euro per VTE) ligt beduidend lager dan de werkelijke kost (59.020 euro per VTE volgens het geaggregeerde gemiddelde). Hierdoor gebruiken de ziekenhuizen de supplementaire punten van de bijkomende financiering om de basisfinanciering te realiseren. Deze bijkomende punten zijn echter bedoeld om bijkomende activiteiten te financieren, die veroorzaakt worden door een specifiek patiëntenprofiel met een verhoogde zorgbehoefte dat het desbetreffende ziekenhuis kenmerkt t.o.v. de andere ziekenhuizen. Doordat de basisfinanciering van het verpleegkundig personeel ontoereikend is gaat het doel van deze bijkomende financiering verloren.

2.2.3.2 Chirurgische daghospitalisatie

Een ziekenhuis mag de verpleegdagprijs slechts aanrekenen wanneer de patiënt minstens één nacht in het ziekenhuis verblijft (klassieke hospitalisatie). Deze financieringswijze is hierdoor niet van toepassing voor daghospitalisatie, een activiteit die een andere, specifieke vergoeding vereist. Deze activiteit werd vroeger enkel via forfaits dagziekenhuis gefinancierd. Vanaf 1 juli 2002 is de chirurgische daghospitalisatie deels geïntegreerd binnen het BFM (dit in tegenstelling tot de medische daghospitalisatie die in paragraaf 3 aan bod komt). Voor de activiteit van chirurgische daghospitalisatie is een specifiek budget beschikbaar dat opgesplitst wordt in een deel B1 voor de algemene kosten (33%) en een deel B2 voor het dagziekenhuis zelf en de activiteit in het operatiekwartier (66%). De verdeling van het budget gebeurt net als de klassieke hospitalisatie op basis van het principe van 'verantwoorde verblijven'.

Het totaal van de verantwoorde verblijven chirurgische daghospitalisatie bestaat uit enerzijds de activiteit in daghospitalisatie (zie lijst A in bijlage-annexe 1) en de oneigenlijke klassieke verblijven (zie lijst B in bijlage-annexe 2). Elk verantwoord verblijf in chirurgische daghospitalisatie krijgt een verantwoorde ligduur van 0.81 dagen toegekend. Op basis van deze berekening wordt het aantal verantwoorde bedden berekend. De verantwoorde bedden van het chirurgisch dagziekenhuis worden geteld als C-bedden. Omdat het in daghospitalisatie niet gaat om patiënten met een verhoogde zorgbehoefte wordt voor dit deel van het budget enkel basispunten toegekend (geen supplementaire punten).

Er wordt bij deze financieringsregels geen onderscheid gemaakt tussen daghospitalisaties van kinderen en daghospitalisaties van volwassenen of ouderen.

2.2.3.3 Spoedgevallen

Ook binnen het deel van het BFM dat betrekking heeft op de financiering van de dienst spoedgevallen wordt niet specifiek rekening gehouden met de pediatrie zorg. De financiering van de dienst spoedgevallen bestaat, net zoals bij de klassieke hospitalisaties, uit enerzijds een basisfinanciering en een anderzijds een aanvullende financiering. De basisfinanciering van de spoedgevallenafdeling is gebaseerd op het totaal aantal verantwoorde bedden van het ziekenhuis. Per 100 verantwoorde bedden worden voor ziekenhuizen met een erkende functie 'eerste opvang' 3 punten toegekend. In geval het ziekenhuis erkend is voor een functie 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg en/of erkende functie intensieve zorgen' worden 5 punten toegekend. Het aantal basispunten per ziekenhuis wordt verhoogd in functie van de waarde per bezet bed van de supplementen voor de dringende geneeskundige verstrekkingen voor gehospitaliseerde patiënten gedurende de laatste twee gekende dienstjaren. Hierbij wordt abstractie gemaakt voor klinische biologie. De ziekenhuizen worden gerangschikt volgens de stijgende waarde per bed van deze supplementen voor de dringende geneeskundige verstrekkingen. Naargelang het deciel worden de punten van de basisfinanciering vermenigvuldigd met een bepaalde waarde die schommelt tussen 1 en 2 naargelang

het deciel waartoe een ziekenhuis behoort (Tableau 3). Het totaal aantal punten wordt evenwel aangepast met een coëfficiënt om binnen het totaal in aanmerking genomen punten over het gehele land te blijven. De financiering van de spoedgevallen voorziet een minimum van 15 punten per ziekenhuis (wat overeenkomt met 6 VTEs) los van de erkenning van de dienst spoedgevallenzorg 15.

Tableau 3 : Aanvullende financiering dienst spoedgevallen

Decielen	Factor ter vermenigvuldiging basispunten
1	1
2	1
3	1
4	1,2
5	1,2
6	1,2
7	1,4
8	1,6
9	1,8
10	2

In de huidige financiering van de dienst spoedgevallen wordt geen specifieke parameter in acht genomen die zich toespitst op de reële activiteit van de dienst (bv. aantal meldingen). Hierdoor kan de vraag gesteld worden of er geen betere inschatting kan gemaakt worden van deze reële activiteit (bv. aantal meldingen, opnames via de dienst spoedgevallen, ...). In het kader van deze studie is het bovendien belangrijk op te merken dat ook geen rekening wordt gehouden met de pediatrie hulpverlening. Deze groep patiënten (en ouders/begeleiders) maakt een belangrijk deel uit van de populatie die zich op spoed aanmeldt (25 tot 30%) en vereist, gemiddeld, een intensievere begeleiding. In het kader van de spoedeisende hulp wordt bij de pediatrie patiënten soms een observatiestrategie gehanteerd waarbij de evolutie van het kind een aantal uur wordt opgevolgd (bv. perorale hydratatie). Deze groep van patiënten vraagt een tijdsinvestering naar toezicht en communicatie waarvoor geen financiering is voorzien. Tijdens onze gesprekken met de pilootziekenhuizen kwam ook het oneigenlijk gebruik van de dienst spoedgevallen aan bod. De spoeddiensten worden vaak gebruikt als een plaats van vrije (niet dringende) consultatie waarvoor geen onmiddellijke betaling verwacht wordt (derde betaler-systeem). Het gaat hierbij om een belangrijke problematiek die de pediatrie overstijgt en zich ook duidelijk bij volwassenen stelt. Specifiek voor de pediatrie is het belangrijk op te merken dat het voor de bezorgde ouders niet evident is om het 'dringend' karakter van een raadpleging in te schatten. Kinderen vormen een medisch kwetsbare groep en kunnen niet steeds duidelijk maken wat er precies aan de hand is.

¹⁵ Een minimum van 15 punten wordt gegarandeerd aan de ziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarde tot aanrekenen van de nomenclatuurnummers 590181 of 590203 (forfaitaire vergoeding voor medische permanentie). Indien er zich geen gespecialiseerde spoedgevallendienst op minder dan 25 kilometer bevindt, dan wordt de garantie opgetrokken tot 30 punten. Bovendien kan een ziekenhuis met meerdere spoedgevallendiensten op meerdere campussen slechts eenmaal het gegarandeerde budget ontvangen.

2.2.4 Onderdeel B4: de kosten die op forfaitaire wijze gedekt worden of door bijzondere bedragen worden gefinancierd.

Dit onderdeel dekt een aantal specifieke kosten die voortvloeien uit wettelijke verplichtingen. Deze budgetten zijn telkens van toepassing op specifieke onderdelen (die in andere onderdelen reeds aan bod komen) en zouden theoretisch aan deze onderdelen kunnen worden toegewezen. Om verschillende redenen werd ervoor geopteerd dit niet te doen (bv. bijkomende personeelsnormen uit CAO onderhandelingen). Hierbij schuilt echter het gevaar dat ze soms over het hoofd gezien worden bij de (interne) berekening van de afdelingsbudgetten. Bovendien gaat het hier om vaste budgetten die niet aan evoluties van de onderliggende kosten worden aangepast ('bevroren budgetten'). Indien het aantal gerealiseerde ligdagen pediatrie toeneemt of verminderd dan zal het budget niet worden aangepast. Specifiek voor de pediatrie wordt de spelbegeleiding en psychosociale begeleiding via dit deelbudget gefinancierd. Daarnaast is er in dit onderdeel ook financiering voorzien voor de eenheid kinderoncologie.

Voor het organiseren van de spelactiviteiten of vrijetijdsbesteding wordt, naargelang de grootte van de dienst, respectievelijk 0.5 (tot en met 30 bedden) of 1 VTE (meer dan 30 bedden) aan personeel gefinancierd (26 128/VTE index 1999). Daarnaast wordt op basis van dezelfde regelgeving ook een personeelslid gefinancierd voor het verlenen van psychosociale steun aan minderjarigen en hun gezinsleden (33 193 euro/VTE index 1999).

De financiering van het personeel van de E-dienst verloopt via twee onderdelen van het Budget Financiële Middelen. De zorg wordt gefinancierd via onderdeel B2 en de extra begeleiding via het onderdeel B4. Naar analogie met de financiering van de G-dienst (waarbij 1.36 punten worden toegekend per verantwoord bed met inbegrip van ergotherapeuten en logopedisten) zou een verhoogd aantal punten kunnen worden toegekend om tegemoet te komen aan de verhoogde zorgvraag die de pediatrie karakteriseert. Hierbij kan ook de begeleiding van kinderen (o.a. kinderpsycholoog, pediatrie voedingsadvies) worden opgenomen, om zo tot een meer duidelijke en coherente financiering van de pediatrie te komen.

Daarnaast staat het onderdeel B4 van het BFM in voor de financiering van de verpleegkundige, psychosociale, pedagogische en logistieke equipe van de kinderoncologie. Voor de verpleegkundige equipe wordt 1 VTE toegekend per bed, verhoogd met 2 bijkomende VTE's voor de eenheden van 15 tot 18 bedden of 4 bijkomende VTE voor de eenheden met meer dan 18 bedden. De psychosociale equipe wordt gefinancierd met 1 VTE voor de eenheden van 6 tot 13 bedden; 1.5 VTE voor de eenheden met 14 of 15 bedden; 2 VTE voor de eenheden met 16 tot 19 bedden en 3 VTE voor de eenheden met meer dan 19 bedden. Voor de pedagogische equipe wordt 1 VTE toegekend voor de eenheden van 6 tot 13 bedden en 2 VTE voor de eenheden met meer dan 13 bedden. Tenslotte is ook financiering voorzien voor de logistieke equipe. Er wordt 0.5 VTE toegekend voor de eenheden van 6 tot 14 bedden; 1 VTE voor de eenheden van 14 tot 19 bedden en 1.5 VTE voor de eenheden met meer dan 19 bedden. In functie van de ondersteuningscategorie (bv. een verpleegkundige of een psycholoog) wordt een bepaalde vergoeding toegekend. Net als bij de vergoeding van de verpleegkundige omkadering op de E-dienst is de vergoeding ook hier lager dan de patronale loonkost.

2.2.5 Onderdeel B8: de specifieke kosten van een ziekenhuis met een op sociaal-economisch vlak zeer zwak patiëntenprofiel.

Het beschikbare bedrag van 18 908 034,57 euro (index 1 juli 2007) wordt op 1 juli 2010 verdeeld op basis van twee berekeningen. 25 % van het budget wordt verdeeld op basis van een score die is opgebouwd uit 3 ratio's en 75 % wordt verdeeld onder 'regel B'. Vanaf 1 juli 2011 vervalt 'regel A' (bijlage 3) en wordt het volledige budget verdeeld door middel van de berekening in 'regel B'. In deze berekening wordt het beschikbare bedrag verdeeld op basis van een aantal variabelen die in verhouding staan tot het nationaal totaal. Hierbij wordt op basis van een sociale correctie-index een aantal verantwoorde ligdagen per ziekenhuis berekend volgens volgende formule:

$$S \times \sum_j X_j \times \beta_j / \sum_j Y_j \times \beta_j$$

waarbij:

S= te verdelen bedrag

X_j = aantal opnamen van het ziekenhuis voor de verklarende variabele j

Y_j = aantal opnamen van het Rijk voor de verklarende variabele j

β_j = geraamde parameter van de verklarende variabele j,

variabelen:

leeftijd: aantal opnamen voor de patiënten van 75 jaar of ouder

rvv: aantal opnamen voor de patiënten die de sociale MAF genieten door hun hoedanigheid als rvv

ihand: aantal opnamen voor de patiënten die de sociale MAF genieten via de tegemoetkoming voor gehandicapten

alleenstaand: aantal opnamen voor alleenstaande patiënten (waarvan het MAF gezin slechts een persoon telt)

forfait: aantal opnamen voor de patiënten die het forfait B en C verpleegkundige zorg of het forfait E kinesitherapie en de interacties tussen de variabelen

leeftijd*rvv: aantal opnamen voor de patiënten van 75 jaar of ouder die de sociale MAF genieten door hun hoedanigheid als RVV

ihand*alleenstaande: aantal opnamen voor de patiënten die de sociale MAF genieten via de tegemoetkoming voor gehandicapten die alleenstaand zijn

ihand*forfait: aantal opnamen voor de patiënten die de sociale MAF genieten via de tegemoetkoming voor gehandicapten en die het forfait B en C verpleegkundige zorg of het forfait E kinesitherapie genieten

leeftijd*ihand: aantal opnamen voor de patiënten van 75 jaar of ouder, die de sociale MAF genieten via de tegemoetkoming voor gehandicapten

leeftijd*alleenstaand: aantal opnamen voor de patiënten van 75 jaar of ouder en die alleenstaand zijn

leeftijd*forfait: aantal opnamen voor de patiënten van 75 jaar of ouder, die het forfait B en C verpleegkundige zorg of het forfait E kinesitherapie genieten

Tableau 4 : Coëfficiënt

Variabelen	Coëfficiënt
Leeftijd	0.1496
Rvv	0.1883
Ihand	0.4566
Alleenstaand	0.2793
Forfait	0.6195
Leeftijd*bim	0.1278
Ihand*alleenstaand	0.4747
Ihand*forfait	-0.2912
Leeftijd*ihand	0.9959
Leeftijd*alleenstaand	1.0208
Leeftijd*forfait	0.5661

Daarnaast is er een deelbudget van 1 330 366,22 euro (index 2005) voorzien die specifiek tegemoet komt aan eventuele taalproblemen en culturele kenmerken van de opgenomen patiënten. Dit bedrag wordt verdeeld onder de acute en psychiatrische ziekenhuizen die op vrijwillige basis vragen om een intercultureel bemiddelaar in dienst te mogen nemen. Deze bemiddelaar staat het ziekenhuis bij wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten. Er wordt een rangschikking van ziekenhuizen gemaakt op basis van volgende criteria:

- Het aantal opnamen van onderdanen van een lidstaat van de EU met uitzondering van België.
- Het aantal opnamen van onderdanen van een andere staat dan een lidstaat van de EU.
- Een evaluatie van de activiteiten door de coördinatriceel interculturele bemiddeling (indien in het verleden reeds een financiering voor interculturele bemiddeling werd toegekend).

Ziekenhuizen kunnen in aanmerking komen voor de financiering van een intercultureel bemiddelaar en/of een coördinator interculturele bemiddeling indien er een voldoende hoog aantal allochtone patiënten worden opgenomen en er een voldoende hoog aantal kwalitatief hoogstaande interventies plaatsvindt. Daarnaast wordt het onderdeel van het budget van de geselecteerde ziekenhuizen verhoogd met een forfaitair bedrag per voltijdsequivalent van maximaal 39 910,99 EUR (index 2005) voor de cultureel bemiddelaar, 37 250,25 EUR (index 2005) voor de coördinator interculturele bemiddeling en 31 928,79 EUR (index 2005) voor een combinatie-functie.

De uitdovende maatregel waarbij de ziekenhuizen worden gerangschikt en slechts een aantal instellingen een B8 financiering wordt toegekend, houdt geen rekening met het feit dat ieder ziekenhuis met de problematiek van allochtonen en sociaal achtergestelde patiënten wordt geconfronteerd. Een aantal pilootziekenhuizen stelde zich vragen bij het toekennen van het B8-statuut en de parameters waarbij rekening wordt gehouden bij de uitdovende maatregel. De nieuwe berekening houdt echter rekening met heel wat meer parameters en zou van toepassing zijn op alle ziekenhuizen. Daarnaast wordt nu ook een forfaitaire tegemoetkoming voorzien voor interculturele bemiddeling. Dit betekent een sterke verbetering van de financieringsregelgeving.

2.2.6 Overeenkomsten tussen de ziekenfondsen en ziekenhuizen: Financiering activiteit in daghospitalisatie

Naast het deel van de chirurgische daghospitalisatie dat geïntegreerd is in het BFM (de verstrekkingen opgenomen in lijst A en lijst B) wordt een tweede deel van de activiteit chirurgische daghospitalisatie geregeld door een forfaitsysteem bepaald door de nationale overeenkomst ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen. Ook de financiering van de medische daghospitalisatie wordt door dit forfaitsysteem geregeld.

De financiering van de activiteit inzake daghospitalisatie dat niet in het onderdeel B1 en B2 van het budget financiële middelen zit verwerkt, verloopt via volgende RIZIV-forfaits¹⁶ (Zie bijlage 4):

- Een mini- of maxiforfait dat respectievelijk 50 % of 100 % bedraagt van het deel B2 van het budget van de financiële middelen dat in het ziekenhuis van toepassing was op 1 november 1998;
- Een dagziekenhuisforfait: 'groep 1' (156.08€), 'groep 2' (190.65€), 'groep 3' (275.37€), 'groep 4' (196.22€), 'groep 5' (204.01€), 'groep 6' (243.05€) en 'groep 7' (200.68€);
- Een forfait chronische pijn: 'forfait 1' (218.50€), 'forfait 2' (121.53€), 'forfait 3' (94.76€) ;
- Een forfait manipulatie poortkatheter: (26,84 EUR).

Deze forfaits worden bepaald binnen het kader van de overeenkomsten tussen ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen. De vastgestelde bedragen worden betaald onder de volgende voorwaarden:

- (1) De hospitalisatie geeft geen aanleiding tot een ziekenhuisverblijf met overnachting (= een opname die plaatsvindt voor mindernacht en eindigt na 8 u volgende dag), ongeacht de duur van het verblijf,
- (2) De hospitalisatie gebeurt niet in de wachtkamer, noch in een poliklinische raadplegingsdienst van de verpleeginrichting,
- (3) De hospitalisatie wordt niet onmiddellijk gevolgd door een geprogrammeerde ziekenhuisverpleging in dezelfde verpleeginrichting en
- (4) Bij de hospitalisatie, naar aanleiding van een verstrekking uit de lijst van 'dagziekenhuisforfait' of 'forfait chronische pijn', is een procedure ingevoerd voor de follow-up van de patiënt na zijn ziekenhuisverblijf.

¹⁶ INAMI Circ. Hosp. 2010/19

Met elk forfait komt een lijst van nomenclatuurprestaties overeen die, wanneer uitgevoerd in daghospitalisatie, recht geven op het forfait. Bovendien is het zo dat het ziekenhuis één enkel forfait (het hoogste bedrag) mag factureren als meerdere prestaties die recht geven op een forfait tijdens een daghospitalisatie worden uitgevoerd.

Daarnaast werden ook mini - en maxiforfaits vastgelegd voor enkele specifieke situaties die niet noodzakelijk onder daghospitalisatie vallen. Het miniforfait is verschuldigd voor:

- (1) Elke toestand waarin dringende verzorging die een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt, voor zover die medische verantwoording in het dossier van de patiënt wordt bewaard en verstrekt wordt aan de verzekeringsinstelling op verzoek van zijn adviserend geneesheer en voor elke toestand waarin een intraveneuze infuus onder medisch toezicht nodig is;
- (2) een wachtfuus dat om therapeutische redenen wordt ingebracht om negatieve reacties te voorkomen die ten minste één van de levensfuncties van de patiënt kunnen bedreigen.

Het maxiforfait is verschuldigd in geval van medisch en verpleegkundig toezicht bij:

- (1) een verstrekking uitgevoerd onder algemene anesthesie, onder toezicht van een geneesheer-specialist voor anesthesie-reanimatie;
- (2) de toediening van medicatie van de vergoedingscategorie A geregistreerd onder de vermelde ATC-codes, indien het gebruik van een intravasculair infuus of intracavitair of intravesicale instillatie noodzakelijk is (L01, V03AF en L03AX03);
- (3) de toediening van medicatie die geregistreerd is onder diezelfde ATC-codes maar waarvoor nog geen vergoeding werd vastgelegd, indien het gebruik van een intravasculair infuus of een intracavitair of intravesicale instillatie noodzakelijk is. Hierbij dient het therapeutisch nut van de geregistreerde indicatie bewezen te zijn en de medicatie toegediend te worden buiten de context van een klinische trial.

In geval de gipskamer wordt gebruikt onder dezelfde voorwaarden van beperkte verblijfsduur als in de vorige situaties, is een forfaitair bedrag van 27,67 euro verschuldigd als gips, gipsverbanden of fixatiemateriaal op basis van synthetisch materiaal wordt aangebracht voor een breuk of luxatie, een orthopedische behandeling of voor het nemen van een afgietsel met betrekkelijke waarde van minstens N 66. Het gipsmateriaal mag worden aangerekend in overeenstemming met het KB 21 mei 1987.

Voor het ogenblik wordt de activiteit daghospitalisatie via twee verschillende kanalen gefinancierd. Zoals hierboven beschreven is een deel geïntegreerd in het budget financiële middelen en wordt een ander deel via forfaits geregeld. Om tot een meer eenduidige ziekenhuisfinanciering te komen kan de volledige activiteit in daghospitalisatie via het budget financiële middelen worden vergoed.

In de lijst van verstrekkingen waarvoor een bepaald forfait wordt toegekend (groep 1 - 7) zijn slechts weinig verstrekkingen opgenomen die van toepassing zijn op de kindergeneeskunde. Hierdoor wordt het ziekenhuis in het kader van medische daghospitalisatie enkel financiering toegekend indien aan deze daghospitalisatie een mini- of maxi- forfait verbonden is (bv. een MRI-onderzoek onder algemene narcose). In geval van kinderen die niet in aanmerking komen voor een maxi-forfait betekent dit in de praktijk dat kinderen een infuus moeten hebben opdat het ziekenhuis van een financiële vergoeding (een miniforfait) zou kunnen genieten. Ook voor de medische daghospitalisatie waarbij de onderzoeken worden gebundeld dient een forfait toegekend te worden aan de ziekenhuizen. De begeleiding van deze patiënten vergt immers zowel een aangepaste infrastructuur als een aangepast personeelskader.

Bovendien zijn de mini- en maxi-forfaits gekoppeld aan het Budget Financiële Middelen van het ziekenhuis (meer specifiek het B2-gedeelte). Hierdoor zijn er grote verschillen aanwezig in de financiële vergoeding die de ziekenhuizen voor dezelfde activiteit ontvangen. De verpleegdagprijs schommelt immers naargelang de onderliggende activiteit van het ziekenhuis en aldus verschillen ook de mini- en maxiforfaits sterk naargelang het ziekenhuis. De schommeling in de verpleegdagprijs kan men verklaren en rechtvaardigen door het feit dat dit een gemiddelde prijs is voor een welbepaald ziekenhuis, die het specifieke activiteitenprofiel van dit ziekenhuis weerspiegelt. Een schommeling in de forfaits voor daghospitalisatie kan men echter moeilijker rechtvaardigen omdat men dan dezelfde prestatie anders gaat vergoeden naargelang van het ziekenhuis.

2.2.6.1 Medische honoraria

In het kader van deze studie is het ook belangrijk te wijzen op de duale financiering waarbij het ziekenhuis en artsen afzonderlijk worden vergoed. Een goede afstemming van beide op elkaar is bijgevolg zeer belangrijk. De opdeling van het ziekenhuis in een ambulante gedeelte (bv. polikliniek) dat via de honoraria wordt gefinancierd en een hospitalisatiegedeelte via het BFM (en forfaits) is in de huidige ziekenhuispraktijk echter steeds moeilijker te maken. Dit is zeker het geval in deze studie, waar de kortverblijvende kinderen zich bevinden in de grijze zone tussen een klassieke ziekenhuisopname en eerder ambulante activiteit (bv. consultatie). Bovendien is het belangrijk op te merken dat het duale karakter van de huidige financiering dwars staat op het idee van een meer geïntegreerde pediatrische zorgverlening die het zorgprogramma beoogt en die de patiënten (en/of hun vertegenwoordigers) verwachten.

De honoraria die de artsen ontvangen komen niet volledig ten goede van de individuele arts. De ziekenhuiswet stelt dat deze honoraria alle kosten die direct of indirect verbonden zijn aan de uitvoering van medische prestaties (zoals kosten voor verpleegkundig personeel en materiaal), die niet door de ziekenhuisfinanciering worden vergoed, dienen te dekken. Concreet wordt dit

geregeld door een interne financiële regeling op basis van ofwel een vooraf bepaald percentage ofwel via bewezen en reële kosten.

De verschillende honoraria worden bepaald in de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (medicomut) van het RIZIV. In deze commissie worden akkoorden afgesloten tussen de vertegenwoordigers van de artsen en vertegenwoordigers van de ziekenfondsen (die de verzekerden vertegenwoordigen). De akkoorden omvatten onder meer afspraken over de erelonen en ereloonverhogingen waarvoor een overeenkomst werd bereikt. Alhoewel deze middelen een belangrijke financieringstroom vormen voor de algemene ziekenhuizen (iets meer dan 40 % van de totale omzet), zijn deze laatste hierin niet vertegenwoordigd.

Uit de contacten met de pilootziekenhuizen blijkt dat de financiële bijdrage van de kinderartsen tot de financiering van de desbetreffende ziekenhuizen beperkt is. Dit is voornamelijk toe te schrijven aan het feit dat de financiering via de honoraria voor de kinderartsen, in vergelijking met de andere specialismen, een stuk lager ligt. Nochtans blijkt uit de bezoeken van de betrokken instellingen dat de kinderverpleegkundigen ook ondersteuning bieden op vlak van ambulante activiteit (bv bloedafname, blaassondage, intraveneuze toediening van antibiotica, ..) die in principe via de honoraria worden gefinancierd. Uit de bezoeken van de pilootziekenhuizen blijkt dat hierbij sprake is van een zekere solidariteit van het ziekenhuis ten opzichte van de pediatrie staf. Bovendien gaat het hierbij soms ook over prestaties waarvoor zowel de kinderartsen als de dienst pediatrie geen vergoeding ontvangen (bv. het plaatsen van een blaassonde voor een cystografie¹⁷).

¹⁷ Een retrograde cystografie is een radiografisch onderzoek waarbij men door middel van een blaassonde contrast in de blaas laat lopen om bv. reflux van de blaas naar de nieren op te sporen (wat infecties veroorzaakt). Dit onderzoek (en het plaatsen van de blaassonde) wordt via de nomenclatuur radiologie gefinancierd.

Hoewel de honoraria tot de nationale overeenkomsten geneesheren-ziekenfondsen van het RIZIV behoort is het ons doel om in deze studie een volledig overzicht te geven van de problematiek bij de huidige financiering voor kortverblijvende kinderen. Daarom geven we in deze studie graag ook een korte reflectie over de medische honoraria.

Algemeen kan gesteld worden dat de honoraria voornamelijk worden gekoppeld aan technische prestaties waardoor ander prestaties (intellectuele prestaties, communicatie met de patiënt) ondergewaardeerd zijn. Daarnaast weerspiegelen de honoraria voor heel wat procedures niet de reële kosten en inspanning omdat er onvoldoende aanpassingen en herzieningen gebeuren volgens de evolutie van de wetenschap en de medische praktijk. Bovendien is bij de honoraria niet vastgelegd welk deel van het tarief bedoeld is voor de intellectuele inspanning van de verstrekker enerzijds en de praktijkkosten anderzijds.

In hoger beschreven paragraaf 2 (Overeenkomsten ziekenhuizen-ziekenfondsen) hebben we reeds aangegeven dat het wenselijk is om onderzoeken via medische daghospitalisatie te bundelen. Zodoende kan de evaluatie van een problematiek bij een kind doelmatig en efficiënt verlopen (zowel voor de patiënt als voor de ouders of begeleiders). Voor de coördinatie door de kinderarts is hiervoor echter tot op heden geen financiering voorzien. Het is aangewezen hiervoor een coördinatiehonorarium te creëren.

Daarnaast wordt de huidige regeling van het spoedhonorarium voor de kindergeneeskunde als ontoereikend ervaren. Het probleem situeert zich voornamelijk wanneer een kind eerst wordt gezien door de arts met medische permanentie op de spoedgevallen. Hierdoor ontvangt deze eerste het A-honorarium. Wordt er daarna een tweede arts bijgeroepen dan genereert deze het zogenaamde C-honorarium (dit is het honorarium voor de onderzoeken in de lokalen van de erkende dienst spoedgevallen door de bijgeroepen geneesheer). Uit de gesprekken en registratie in de pilootziekenhuizen blijkt dat in geval van de kindergeneeskunde (in tegenstelling tot de situatie bij volwassen patiënten) de kinderarts bijna altijd wordt opgeroepen en hiervoor slechts een C-honorarium krijgt. Nochtans doet de arts met medische permanentie enkel de triage op basis van een rudimentair onderzoek waarna de kinderarts de eigenlijke diagnose stelt en ev. een behandeling opstart (en aldus ook de verantwoordelijkheid voor het kind draagt). Een tweede verschil met de andere specialismen schuilt in het feit dat de opgeroepen arts ook bijkomende technische verstrekkingen kan uitvoeren, die niet kunnen worden uitgevoerd in de lokalen van de dienst spoedgevallen. Hiervoor kan deze wel, bijkomende honoraria aanrekenen. Omwille van het ontbreken van dergelijke technische akten in de nomenclatuur kindergeneeskunde komen de kinderartsen hiervoor niet in aanmerking en vallen zij bij hun activiteit op de dienst spoedgevallen terug op het beperkte C-honorarium. Concreet betekent dit dat de pediatrie staf instaat voor een wachtsysteem op de dienst spoedgevallen, waar zeer frequent beroep wordt op gedaan, maar waar geen billijke vergoeding tegenover staat.

2.2.6.2 Geneesmiddelen, medische en farmaceutische producten

De farmaceutische producten maken ongeveer 15 % uit van de ziekenhuisomzet. Bij de financiering van de geneesmiddelen wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de hospitalisaties en anderzijds de ambulante activiteit. Deze eerste is sinds 1 juli 2006 deels prospectief gefinancierd. Het grootste deel van de geneesmiddelen die aan gehospitaliseerde patiënten worden toegediend, werden voor ongeveer 75 % geïntegreerd. De overige 25 % wordt nog steeds per product terugbetaald. De prospectieve budgetten zijn gebaseerd op de case-mix, de nationaal gemiddelde kost per APR-DRG en de ernstgraad. Op die manier ontvangt ieder ziekenhuis dezelfde som per APR-DRG ongeacht de werkelijke consumptie.

De geneesmiddelen die in daghospitalisatie en de ambulante zorg worden toegediend zijn niet in het prospectieve budget vervat. In het kader van deze studie kwamen evenwel geen specifieke opmerkingen over de geneesmiddelen, medische en farmaceutische producten naar voor.

2.2.6.3 De patiëntenbijdrage

Alhoewel de patiëntenbijdragen voor de algemene ziekenhuizen slechts een beperkte bron van inkomsten betekenen is het toch belangrijk om in deze studie even bij deze bijdragen stil te staan. Recente cijfers tonen aan dat de kosten waarvoor de patiënt zelf (of zijn/haar private verzekering) instaat toenemen en nu reeds zo'n 27.7% van de totale uitgaven gezondheidszorg bedragen (OECD, 2009). Bovendien heeft de betaalbaarheid van gezondheidszorg ook een directe impact op de toegankelijkheid van zorg. Algemeen kan de patiëntenbijdrage bestaan uit remgelden, supplementen en diverse kosten. Bij remgelden draagt het ziekenfonds niet de volledige kost, maar betaalt de patiënt ook een deel. Ze worden gehanteerd per opname, per verblijfsdag, voor het gebruik van medicatie, klinische biologie, medische beeldvorming, enz.

De voornaamste reden die opgegeven wordt om een persoonlijke bijdrage aan de patiënt te vragen is: "om overconsumptie van gezondheidszorg te vermijden".

Supplementen worden gevraagd voor bijzondere prestaties (bv. een eenpersoonskamer) en betekenen een extra inkomen voor de arts of ziekenhuis. Er kan hierbij een onderscheid gemaakt worden tussen de supplementen op de kamer en de ereloonsupplementen (zie infra). "Diverse kosten" zijn kosten gefactureerd door het ziekenhuis onder de rubriek niet-medische producten en diensten waarvoor geen terugbetaling is van het ziekenfonds. Het gaat om producten en diensten die geen strikt medische indicatie hebben en aangevraagd worden door de patiënt (bv telefoon, maaltijden voor derden).

Of supplementen al dan niet kunnen worden gevraagd hangt in de algemene ziekenhuizen af van enerzijds het statuut van de arts (het al dan niet geconventioneerd zijn van de arts) en van de keuze van kamer. Er wordt hierbij, naar analogie met de duale ziekenhuisfinanciering, een onderscheid gemaakt tussen enerzijds kamersupplementen en anderzijds ereloon-supplementen. Er is geen kamersupplement voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer¹⁸. Het supplement voor een éénpersoonskamer kan door het ziekenhuis vrij bepaald worden. Er kan evenwel geen supplement aangerekend worden indien:

- de gezondheidstoestand van de patiënt of de technische voorwaarden van onderzoek, van behandeling of van toezicht, het verblijf in een individuele kamer vereisen;
- de noodwendigheden van de dienst of het niet beschikken over onbezette bedden in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers, het verblijf in een individuele kamer vereisen; of
- de opname geschiedt op een eenheid voor intensieve zorg of voor spoedgevallenzorg, buiten de wil van de patiënt en voor de duur van het verblijf in dergelijke eenheid.

In de algemene ziekenhuizen kunnen ereloon-supplementen gevraagd worden in geval van een opname in een éénpersoonskamer of tweepersoonskamer zonder medische noodzakelijkheid of patiënten wiens jaarlijkse bruto-inkomsten van het gezin een bepaalde grens overschrijden. Meer specifiek bedraagt deze grens (1) 60.804,41 EUR per gezin, vermeerderd met 2 026,08 EUR per persoon ten laste, als er slechts één gerechtigde is; of (2) 40.535,83 EUR per gerechtigde, vermeerderd met 2.026,08 EUR per persoon ten laste, als er meerdere gerechtigden zijn. Deze laatste mogelijkheid is weinig gekend en wordt ook niet vaak gebruikt doordat het voor een arts moeilijk is om de inkomsten van zijn patiënten en hun gezin te kennen (Riziv, 2009).

Er zijn geen ereloon-supplementen voor patiënten die behoren tot beschermde sociale categorieën en die op een twee- of meerpersoonskamer verblijven.

¹⁸ Sinds 1/1/2010 kan geen kamersupplement meer worden aangerekend bij een tweepersoonskamer. Voor deze datum bedroeg het supplement maximaal 21.77 euro.

Dit geldt voor:

- de WIGW's (wezen, invaliden, gepensioneerden en weduwen met voorkeurstarief);
- de personen die een integratietegemoetkoming ontvangen;
- de personen die een leefloon ontvangen;
- de personen die het gewaarborgd inkomen voor bejaarden ontvangen;
- chronisch zieken;
- mensen met een handicap;
- palliatieve patiënten.

Voor kortverblijvende kinderen is het belangrijk op te merken dat er nooit ereloonsupplementen kunnen worden gevraagd indien het gaat om een begeleidende ouder die samen met zijn kind wordt opgenomen, bij een opname tijdens georganiseerde wachtdienst, een opname in een dienst voor intensieve verzorging of bij opname op een éénpersoonskamer om medische redenen. Concreet is de rooming in voor een ouder gratis, maar betreft ze enkel de overnachting en worden overig kosten, zoals de maaltijden, wel gefactureerd. Op de daghospitalisatie zijn ereloonsupplementen wel mogelijk voor patiënten die expliciet kiezen voor een éénpersoonskamer. Er mogen evenwel geen ereloonsupplementen meer gevraagd worden (door geconventioneerde artsen) als de patiënt in het dagziekenhuis verblijft omwille van chemotherapie.

De verschillende regeling voor kamersupplementen en ereloonsupplementen komt de begrijpbaarheid voor de patiënt niet ten goede. Het is vreemd dat er voor het ogenblik geen coherente, eenduidige regeling bestaat. Het is duidelijk dat de patiëntenverwachtingen (bv. privacy) de afgelopen decennia geëvolueerd zijn. Het verblijf in een tweepersoonskamer kan als een normale vraag beschouwd worden die aansluit bij een patiëntgerichte benadering die de huidige zorgverlening karakteriseert. Het is voorbijgestreefd om dit als een bijzondere eis te beschouwen en daarom comfortsupplementen aan te rekenen. De vraag kan gesteld worden waarom enkel de regeling voor kamersupplementen (en niet de ereloonsupplementen) aan deze nieuwe verwachtingen werd aangepast.

Daarnaast zijn door de overheid een aantal beschermende maatregelen genomen om de betaalbaarheid van de zorg te garanderen. Het gaat om de maximumfactuur, de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en het omniostatuuat (zie bijlage 4).

III. MÉTHODOLOGIE

1 APERÇU GÉNÉRAL DES OUTILS DE RECHERCHE

Pour rappel, les objectifs de l'étude sont les suivants :

1. Quantification de l'activité pédiatrique hospitalière de court séjour, c'est-à-dire :
 - a. Caractérisation de la patientèle
 - b. Identification des pathologies rencontrées
 - c. Spécification du personnel soignant et mesure de la charge de travail
 - d. Etude du suivi intra et extra hospitalier des patients (flux de patients)
2. L'étude du financement de ce type de prise en charge
3. Recommandation sur le financement et l'organisation des courts séjours hospitaliers pédiatriques

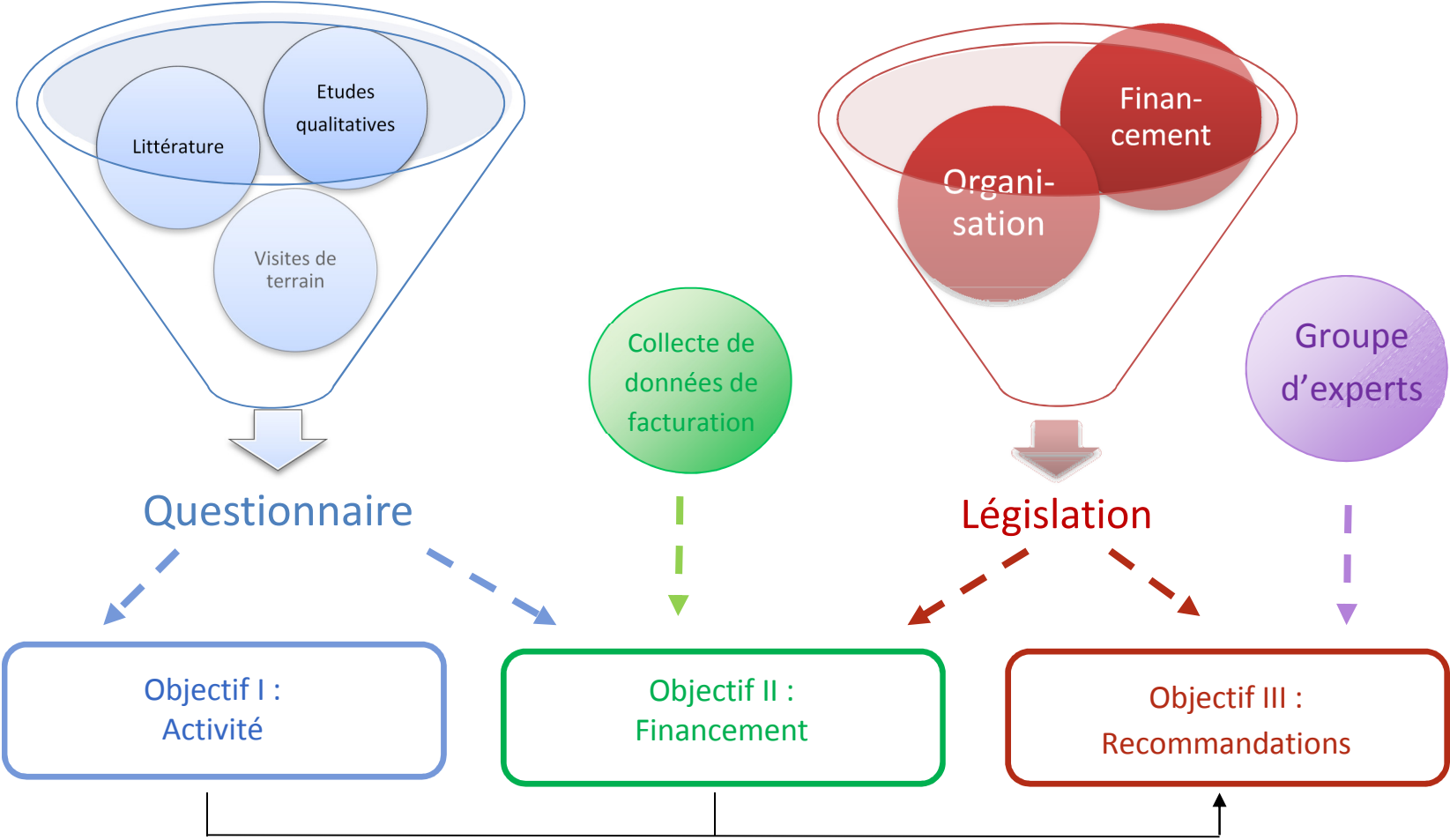
Afin de répondre au premier objectif, un questionnaire a été mis au point après une étude préliminaire basée sur une revue de la littérature, une étude qualitative et des visites de terrain au niveau national et international.

Le financement des courts séjours hospitaliers pédiatriques a été envisagé sur base des dispositions légales de financement et les données de facturation des patients inclus dans l'enquête par questionnaire utilisée pour le premier objectif.

Les recommandations se baseront sur l'analyse du cadre légal actuel portant sur l'organisation des courts séjours hospitaliers pédiatriques ainsi que sur les résultats obtenus pour les deux autres objectifs. Ces recommandations feront l'objet d'une phase préparatoire et d'une phase de validation par focus groupe.

Les sections suivantes du chapitre détaillent la méthodologie propre à chaque outil d'analyse précité. La Figure 2 synthétise la méthode générale de ce travail.

Figure 2 : Méthodologie générale de l'étude



2 REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1 Les Unités d'Observation

La revue de la littérature a été réalisée dans les bases de données MEDLINE et COCHRANE. La recherche dans MEDLINE a été établie sur base des rubriques MeSH (medical subject heading) et de mots-clés, puis elle a été affinée en combinant diverses études publiées entre mars 2000 et mars 2010. L'équation de recherche utilisée était (child* OR infant OR paediatric* OR pediatric*) OR hospital, pediatrics,) AND ('short stay ward' OR 'observation units' OR 'short stay care' OR 'short-stay care' OR 'intermediate care' ambulatory care, MeSH major topic'). La recherche était limitée aux articles concernant les enfants âgés de moins de 18 ans et écrits en anglais, français ou néerlandais (cf. annexe 1 pour les stratégies de recherche).

La recherche dans COCHRANE portait sur la bibliothèque COCHRANE 1 2009, et en particulier sur les études publiées entre 2000 et 2010. L'équation de recherche utilisée était (Ambulatory near care OR short stay near ward OR observation near care OR short stay near care OR intermediate near care) AND (paediatric* OR pediatric* OR Hospital, pediatric MeSH descriptor).

Deux chercheurs ont trié les articles de manière indépendante, afin de sélectionner ceux qui étaient pertinents. Les articles étaient d'abord triés sur base des titres et des abstracts. Quand cela s'avérait nécessaire, la décision était basée sur le texte intégral de l'article. Les divergences d'avis donnaient lieu à une discussion, et éventuellement à la consultation d'un troisième chercheur. Certaines références ont été trouvées au départ des bibliographies des articles identifiés.

Les articles ainsi collectés ont été analysés grâce au logiciel Reference Manager, version 10 (ISI ResearchSoft). Des articles inclus dans la revue, on a extrait les informations suivantes : la population étudiée (patients, personnel soignant), critères d'inclusion, l'âge des enfants, la période étudiée, la source des données, la taille de l'étude ainsi que les paramètres d'évolution observés.

CRITÈRES D'INCLUSION D'UNE ÉTUDE DANS LA REVUE

Types d'étude

On a inclus les essais contrôlés randomisés, les essais contrôlés non randomisés, les études de cohorte, les études cas-témoin, les études descriptives et les études de séries temporelles.

Types de participants

Tous les patients âgés de moins de 18 ans.

Types d'interventions

Soins (observation, évaluation ou traitement) données aux patients durant une période allant de 4 à 24 heures, de manière ambulatoire programmée ou non programmée (urgences).

Paramètres d'évolution mesurés

Les mesures d'impact utilisées pour les séjours courts étaient la durée du séjour, l'évolution du patient (retour à domicile, hospitalisation, retour non programmé à l'hôpital endéans les 72 heures), et le degré de satisfaction des patients.

Il n'a pas été tenu compte des études portant sur les soins psychiatriques ou les soins intensifs, ni sur les études faites aux urgences mais dans lesquelles on n'avait pas isolé un sous-groupe de séjours courts.

2.2 Hospitalisation de jour

Une revue a été menée sur Medline. Une recherche au départ de MeshTerms a été réalisée à partir desquels l'équation de recherche suivante a été formulée :

("Day Care"[Mesh] OR "Child Day Care Centers"[Mesh]) AND (("Organization and Administration/economics"[Mesh] OR "Organization and Administration/organization and administration"[Mesh] OR "Organization and Administration/statistics and numerical data"[Mesh])) Limits: Humans, English, French, All Child: 0-18 years, published in the last 10 years

Une sélection sur les titres, abstracts et textes complets a été réalisée. Une investigation des références pertinentes citées dans les articles sélectionnés a été réalisée. Une prospection complémentaire a été menée sur des combinaisons de mots clés spécifiques.

Au total, une vingtaine d'articles ont été retenus, analysé et discuté. La revue se veut exploratoire et n'est donc pas exhaustive.

3 ETUDE QUALITATIVE

Dans sa phase préparatoire, l'élaboration des questionnaires s'est basée sur trois méthodes analytiques génératrices d'hypothèses : les focus groups, l'analyse en groupe et les visites de terrain.

3.1 Les focus groups

3.1.1 Doelstellingen

De focusgroepen hadden tot doel zicht te krijgen op:

- Het traject dat kinderen binnen het ziekenhuis afleggen (vanaf het moment van de aanmelding in het ziekenhuis tot op het moment van vertrek uit het ziekenhuis of opname op de kinderafdeling);
- Ervaringen van ouders van deze kinderen;
- De noden en verwachtingen van zorgverleners ten aanzien van de organisatie en financiering van de zorg van korte duur in het ziekenhuis voor kinderen.

3.1.2 Design

De studie had een beschrijvend kwalitatief design aan de hand van twee focusgroepen. Er werd gebruik gemaakt van een doelgerichte selectie van de deelnemers ('purposive sampling strategy'). Deze sampling strategie heeft als doel om inzicht te krijgen in het onderwerp door middel van diepte interviews (Morgan DL, 1998). De focusgroepen in Vlaanderen duurden ongeveer 2 uur en vonden plaats in twee ziekenhuizen, geselecteerd door de begeleidingscommissie (AZ Sint-Lucas Gent en AZ Maria Middelaars Gent) De focusgroepen werden uitgevoerd in de periode maart – april 2010, onder begeleiding van twee onderzoekers van de UGent.

3.1.3 Data collectie

Het eerste contact met de beide ziekenhuizen werd gelegd via één van de kinderartsen, die deel uitmaakt van de Begeleidingscommissie die de BePASSTA studie organisatorisch en inhoudelijk stuurt. Vervolgens werd door de onderzoekers van de UGent per mail en telefonisch contact genomen met de beide ziekenhuizen om de nodige praktische afspraken te maken (welke deelnemers, datum, locatie).

Er werd gebruik gemaakt van een semi-gestructureerde vragenlijst (bijlage 5), die bestond uit een aantal vragen voor de ouders en een aantal vragen voor de zorgverleners. Doelstelling was te komen tot een open discussie in verband met de topics zoals beschreven in de 'doelstellingen van de focusgroepen'.

3.1.4 Deelnemers

- AZ Maria Middelaers:
 - 4 ouders van 3 verschillende kinderen (3 moeders, 1 vader)
 - Kinderarts
 - Hoofdverpleegkundige kinderafdeling (tevens verantwoordelijk voor de medische daghospitalisatie)

- AZ Sint-Lucas Gent:
 - 4 ouders van 4 verschillende kinderen (4 moeders)
 - Zorgverleners:
 - Kinderarts
 - Hoofdverpleegkundige kinderafdeling (tevens verantwoordelijk voor de medische daghospitalisatie)
 - Diensthoofd zorg (kritische diensten, dagziekenhuis...)

3.1.5 Data analyse

Kwalitatieve inhoudsanalyse technieken (Krueger RA, 1998) werden gebruikt om de verkregen data te analyseren. De focusgroepen werden opgenomen met een digitale dictafoon en additionele nota's werden genomen. Vooreerst werden de audiobestanden uitgeschreven en aangevuld met de handgeschreven nota's. Vervolgens werd een thematische analyse gemaakt. Ter verifiëring werden de resultaten nagelezen door de tweede onderzoeker. Alle data werden anoniem verwerkt en gerapporteerd.

3.1.6 Informatie en toestemming

De BePASSTA studie werd initieel toegekend aan de ULB. Op verzoek van de onderzoeksequipe van de ULB werd de toestemming voor de focusgroepen gevraagd en verkregen van het Ethisch Comité van het 'UZ Saint-Pierre, Brussel'. Deelname aan de studie was vrijwillig en de deelnemers werden geïnformeerd dat de analyse van de gegevens anoniem was. De deelnemers werden ook geïnformeerd dat de gesprekken zouden digitaal opgenomen worden en, na analyse, terug gewist. Op elk moment konden de deelnemers zich terugtrekken uit de studie.

3.2 L'analyse en groupe

L'enquête qualitative, dont nous présentons les conclusions fût menée les 8 et 22 mars 2010 avec le concours de 4 infirmières et de 4 pédiatres représentants à part égale les deux institutions hospitalières.

La recherche fût consacrée exclusivement aux pratiques d'hospitalisation provisoire pédiatrique en vigueur dans les deux hôpitaux. Les débats ont porté sur différentes questions afférentes à la problématique : les rôles et fonctions de l'hospitalisation provisoire pédiatrique (au sens d' « Observation »), sa relation aux changements sociétaux, sa dimension innovante, les difficultés rencontrées en interne et en externe par les équipes et enfin les ressources humaines, les besoins matériels et les reconnaissances légales utiles au meilleur fonctionnement possible des services.

Par nature, une enquête qualitative ne peut pas prétendre à l'exhaustivité. Celle-ci ne déroge pas à la règle. Différents acteurs de premier plan n'ont pas été entendus : les patients et leurs familles, les directions administratives des hôpitaux concernés, les fonctionnaires du SPF Santé ou encore les décideurs politiques. De plus, nous nous sommes limités à deux institutions hospitalières, dont rien ne permet, à priori, d'avancer qu'elles soient représentatives de l'ensemble du paysage concerné, bien qu'elles assument une fonction régionale et au-delà de tout premier plan.

La méthodologie de l'enquête fût discutée et même négociée, à l'occasion d'une séance de travail préliminaire, avec les participants. Dans le souci d'éviter les effets de « lissage » classique des focus groups, nous avons proposé une solution mixte faisant appel aux ressources proposées par l' « analyse en groupe ». En pratique, chacun des participants présenta brièvement une proposition de récit qu'il considérait comme représentatif à la fois de sa pratique personnelle et plus généralement des spécificités de l'hospitalisation provisoire pédiatrique. Contrairement au déroulement normal d'une analyse en groupe, les participants émirent le souhait de pouvoir présenter et analyser les six récits proposés, là où la méthode prévoit d'en choisir un nombre limité. Face à la détermination des participants, nous nous sommes pliés à leur exigence. La séance du 8 mars fût intégralement consacrée à la présentation des récits et à leur discussion. Le 22 mars, nous avons organisé un focus group classique nourri du matériau engrangé lors de la première séance de travail.

Les récits présentés et discutés ont été reproduits in extenso, après vérification du texte par les participants, dans le rapport de recherche. Il en est de même des débats enregistrés pendant la séance du 22 mars. Nous remercions les infirmières et les pédiatres qui nous ont permis de réaliser cette enquête qualitative. Pour l'essentiel, ils sont les auteurs du rapport que nous avons signé mais qui est le fruit de leur engagement, de leurs réflexions et de leur intelligence à traduire pour le profane la complexité du travail des urgentistes.

3.3 Visites de terrain à Lille et à Londres

Sur base de la revue de la littérature sur les unités d'observation, deux hôpitaux ayant une expérience probante ont été identifiés. Ils étaient respectivement localisés à Lille (France) et à Londres (Royaume-Uni). Les visites se sont déroulées le 19 mars 2010 et le 26 mars 2010.

Le protocole de visite abordait les points suivants :

- Description et observation
 - locaux
 - durée de prise en charge
 - staff
- Le circuit des patients
- Le type de patients et de pathologies pris en charge
- Le devenir des patients et les structures existantes après la sortie
- La satisfaction des utilisateurs et du personnel
- Historique de la structure
- Le financement
- Les ressources humaines
- L'évaluation et les activités de qualité

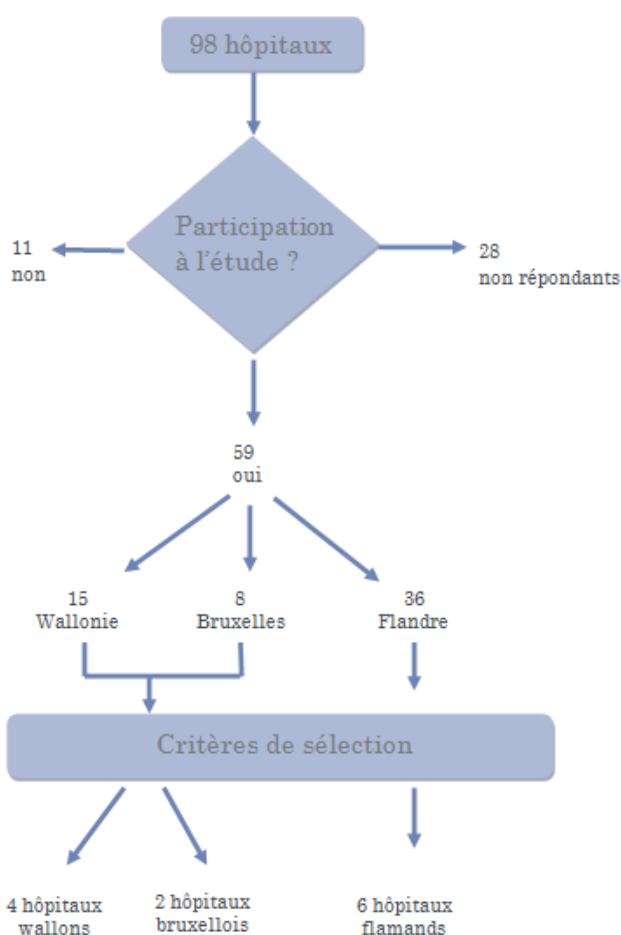
4 ETUDE MULTICENTRIQUE

4.1 Choix des hôpitaux-pilotes

La taille de l'échantillon a été fixée à 12 hôpitaux belges. Sur base du nombre de naissance en 2007¹⁹, ces 12 hôpitaux ont été répartis par région de la façon suivante : 6 hôpitaux de la Région Flamande, 4 hôpitaux de la Région Wallonne et 2 hôpitaux bruxellois.

Afin d'établir un échantillon opportun (ou convenience sample)²⁰, une lettre a été adressée, le 10 février 2010, aux 98 hôpitaux agréés pour le programme de soins pour enfants.

Figure 3 : Méthode de sélection des hôpitaux participant à l'étude BePASSTA



¹⁹http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/naissances_fecondite/index.jsp (date de la consultation 12/11/2010)

²⁰ La méthode d'échantillonnage opportun est une méthode non probabiliste qui inclut dans l'échantillon les sujets manifestants un intérêt pour la participation ou le thème de l'étude

Les critères de sélection par rôle linguistique ont été les suivants :

- le facteur social
Afin de représenter tous les couches sociales de la population, les hôpitaux ont été classés en deux catégories selon qu'ils reçoivent ou non un financement pour le caractère social de leur patientèle (cf. Arrêté royal relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux du 25 AVRIL 2002, mis à jour au 06-10-2009). Au moins un hôpital dans chaque groupe linguistique devait bénéficier de ce financement.
- le caractère universitaire de l'hôpital
Au moins un hôpital dans chaque groupe linguistique devait être un hôpital académique, la présence des lits universitaires au sein des hôpitaux n'étant pas retenue comme critère de sélection.
- la taille du service de pédiatrie
Au moins un hôpital dans chaque groupe linguistique devait être de petite taille.

Le Tableau 5 présente les caractéristiques des hôpitaux lors de la constitution de l'échantillon opportun.

Tableau 5 : Caractéristiques des hôpitaux lors de la constitution de l'échantillon opportun

	Oui (N=59)		Non (N=11)		Non response (N=28)		Total (N=98)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Region								
Bruxelles	8	13,6	1	9,1	1	3,6	10	10,2
Flandre	36	61,0	7	63,6	10	35,7	53	54,1
Wallonie	15	25,4	3	27,3	17	60,7	35	35,7
Type d'hôpital								
Général	46	78,0	9	81,8	22	78,6	77	78,6
Universitaire	5	8,5	1	9,1	1	3,6	7	7,1
Général avec LU [§]	8	13,6	1	9,1	5	17,9	14	14,3
Nombre de sites								
1	54	91,5	8	72,7	26	92,9	88	89,8
>1	5	8,5	3	27,3	2	7,1	10	10,2
Nombre de lits E[£]								
Médian(Min-Max)	24 (15-128)		21(15-33)		15 (13-97)		20 (13-128)	
Nombre de lits M[#]								
Médian(Min-Max)	30,5 (10-88)		22 (18-48)		20 (12-86)		25 (10-88)	
Nombre de lits total								
Médian(Min-Max)	435(168-1809)		441 (170-925)		335(136-2169)		420,5 (136-2169)	
Financement social								
Yes	16	27,1	5	45,5	17	60,7	38	38,8
No	43	72,9	6	54,5	11	39,3	60	61,2

*p<0,05 [§] lits universitaires [£] E = pédiatrie [#] M= maternité

Les hôpitaux non répondants sont caractérisés par :

- une localisation en Wallonie
- une petite taille
- un financement du caractère social de leur patientèle

La sélection de l'échantillon a été approuvée le 20 avril par le comité d'accompagnement.

4.2 Visite de terrain dans les hôpitaux-pilotes

4.2.1 Doel van dit deel van het onderzoek

Het bezoek aan de pilootziekenhuizen had tot doel:

- Kennismaking met de verantwoordelijken in het ziekenhuis voor wat betreft de organisatie van de zorg voor kinderen die minder dan 24 uur in het ziekenhuis verblijven;
- Een algemeen overzicht van de huidige organisatie en financiering voor deze groep van kinderen verkrijgen;
- Het informeren van de ziekenhuizen betreffende het invullen van de vragenlijst "beleidsgerichte vragen";
- Toelichting bij de voorbereiding tot de gegevensverzameling voor de eerste registratieperiode.

Om deze doelstellingen te realiseren werd aan de ziekenhuizen gevraagd of de volgende personen op dit overleg konden aanwezig zijn:

- Diensthoofd kindergeneeskunde;
- Medisch en Verpleegkundig diensthoofd van de afdeling spoedgevallenzorg;
- Medisch en Verpleegkundig diensthoofd van de medische/chirurgische daghospitalisatie voor kinderen;
- Hoofdverpleegkundige van de kinderafdeling;
- Deskundige op het vlak van de financiering van de activiteiten m.b.t. de zorg voor kinderen in het ziekenhuis.

4.2.2 Praktische organisatie van de bezoeken

Om het bezoek aan elk ziekenhuis zo optimaal mogelijk te laten verlopen werd aan de algemene directeur en aan het diensthoofd kindergeneeskunde een uitnodigingsbrief verstuurd (bijlage 9). Voorafgaand aan het bezoek werden zowel per mail als telefonisch de nodige praktische afspraken geregeld. Aan elk ziekenhuis werd gevraagd om hiervoor een contactpersoon aan te duiden met wie deze afspraken konden worden geregeld.

Voorafgaand aan het bezoek werd de ziekenhuizen een vragenlijst bezorgd (bijlage 2), opgesteld door de onderzoeksequipe met goedkeuring door de Begeleidingscommissie van de BePASSTA studie, met items die relevant leken om tijdens het bezoek aan bod te laten komen. Er werd aan de ziekenhuizen meegedeeld dat de vragenlijst niet limitatief was en dat aanvullingen mogelijk waren volgens de prioriteiten die elk ziekenhuis wilde stellen.

4.2.3 Inhoud van het eindrapport

Van elk bezoek werd door de universitaire onderzoeksequipe een verslag opgemaakt dat achteraf naar het ziekenhuis werd opgestuurd met de vraag om dit verslag te verspreiden onder de aanwezigen van het bezoek en aan te vullen en te corrigeren waar nodig.

De indeling van onderstaand eindrapport is gebaseerd op de vragenlijst die aan elk ziekenhuis werd bezorgd en bevat de weergave van de verschillende rapporten op ziekenhuisniveau aangevuld met algemene bevindingen, tendensen, conclusies en aanbevelingen vanuit de rapporten op ziekenhuisniveau.

Het eindrapport bevat de samenvatting van de site visits aan 12 ziekenhuizen, waarover de onderzoeksequipe van UGent gegevens heeft ontvangen.

4.3 Etude par questionnaire

4.3.1 Les flux de patients

La récolte des données a été organisée du 18 au 31 octobre 2010 sur base d'un questionnaire papier. L'encodage a été réalisé par les hôpitaux via une plateforme internet. La clôture de l'encodage a eu lieu le 19 novembre 2010.

La récolte des données a pour but de caractériser les prises en charge, programmées et non programmées, des patients pédiatriques dans les hôpitaux agréés pour le programme de soins pour enfants (FIGURE 4). Les prises en charge programmées comprennent l'hospitalisation de jour chirurgicale (HJC) et l'hospitalisation de jour non chirurgicale, ci-après dénommée, hospitalisation de jour médicale (HJM). Les prises en charge non programmées regroupent les séjours

aux urgences et en hospitalisation provisoire (HP). Les prises en charge étudiées ne comportent pas de nuitée. L'hospitalisation classique est donc exclue du champ de l'étude.

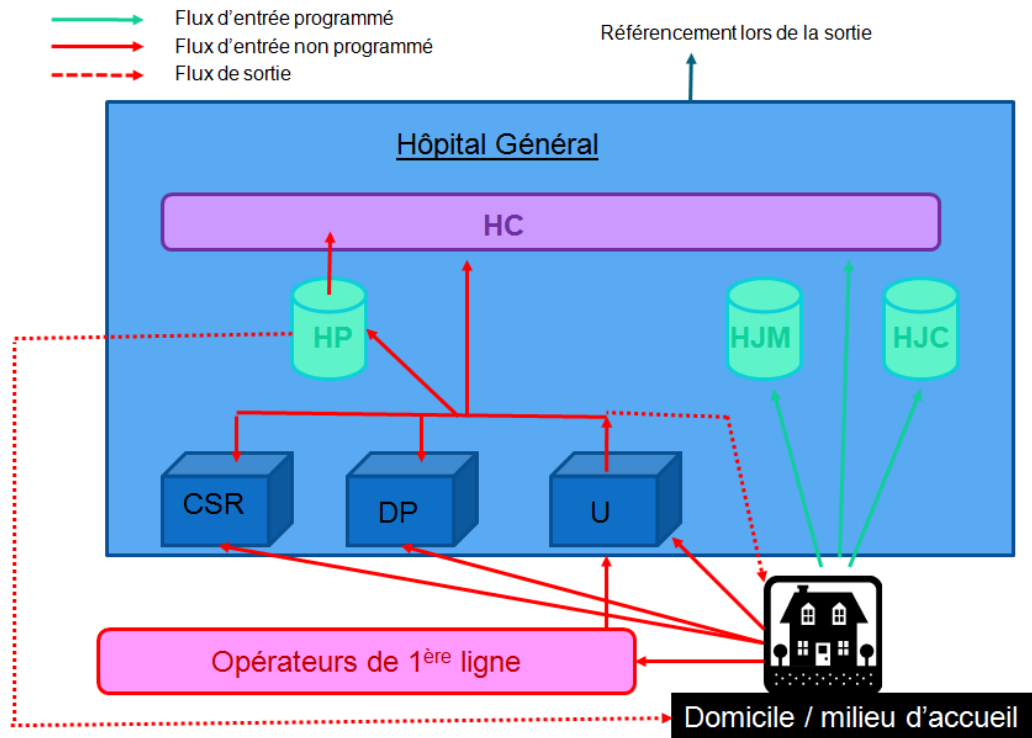
Figure 4 : Type de prises en charge analysées dans l'étude BePASSTA



L'objectif principal de la collection d'informations est d'analyser les flux de patients pédiatriques au sein de l'hôpital lorsqu'aucune nuitée n'est nécessaire au traitement et/ou au diagnostic.

Les flux de patients regroupent non seulement l'origine et la destination des patients (Figure 5) mais aussi le type de pathologies traitées et la charge de travail qui en découle.

Figure 5 : Méthode d'identification des flux des patients pédiatriques au sein de l'hôpital sans séjour avec nuitée



U : urgences – DP : dispensaire – CSR : consultations sans rendez-vous – HP : hospitalisation provisoire – HJM : hospitalisation de jour médicale – HJC : hospitalisation de jour chirurgicale – HC : hospitalisation classique (séjour avec nuitée)

On entend par 'Opérateur de 1^{ère} ligne', le professionnel de santé qui a pris l'enfant en charge avant son arrivée à l'hôpital.

Trois questionnaires ont été établis selon le lieu de prises en charge :

- 1) Questionnaire hospitalisation de jour chirurgicale
 - a. Critères d'inclusion
TOUS les patients pédiatriques se présentant pour une chirurgie de jour, INDÉPENDAMMENT de l'endroit où l'enfant est hospitalisé.
 - b. Critères d'exclusion
Tous les autres patients pédiatriques
- 2) Questionnaire hospitalisation de jour médicale
 - a. Critères d'inclusion
TOUS les patients pédiatriques se présentant pour une chirurgie de jour, INDÉPENDAMMENT de l'endroit où l'enfant est hospitalisé.
 - b. Critères d'exclusion
Tous les autres patients pédiatriques

3) Questionnaire Urgences et hospitalisation provisoire

a. Critères d'inclusion

TOUS les patients pédiatriques (<16 ans) se présentant de manière NON PROGRAMMÉE ET VUS DANS LES MURS de l'hôpital. Les patients sont enregistrés dans l'ordre consécutif, jour et nuit, pendant toute la période d'étude.

b. Critères d'exclusion

Les patients pédiatriques vus en consultation avec rendez-vous et qui restent moins de 4 heures (parce que retour à domicile, hospitalisation traditionnelle ou transfert dans un autre hôpital).

Les patients venus aux urgences et qui après "triage" sont vus dans une structure en dehors de l'hôpital.

Les trois questionnaires ont été soumis pour la première fois le 31 mars au Comité d'accompagnement. On notera à cet égard que la définition de patient pédiatrique validée par le Comité d'accompagnement et utilisée dans le cadre de BePASSTA est plus large que la définition légale, qui fixe l'âge limite du patient pédiatrique à moins de 15 ans. La version de pré-test a été révisée par les experts et adoptée par le Comité d'accompagnement le 20 avril. Le pré-test s'est clôturé le 31 mai. La version finale des questionnaires a été approuvée par le Comité d'accompagnement le 20 juillet 2010. Une journée d'information a été organisée, le 10 septembre 2010, avec les 12 hôpitaux pilotes pour leur présenter le questionnaire, la méthode d'encodage et l'objectif du recueil des données.

4.3.2 La charge de travail

4.3.2.1 Remarques préliminaires

La charge de travail est une grandeur complexe, qui intègre des contraintes de plusieurs types : la complexité de l'acte à réaliser, la gravité de la maladie, l'incertitude sur le diagnostic et sur le traitement et enfin le risque iatrogénique que cet acte fait éventuellement courir au patient. Tous ces éléments déterminent la charge de travail, en générant du stress, des efforts physiques et mentaux, en exploitant les compétences techniques et de jugement du personnel soignant, et en consommant du temps de travail. Dans la détermination de la charge de travail, BePASSTA s'est essentiellement concentré sur le temps de travail, ainsi que sur le profil de qualification du travailleur (infirmier, médecin et secrétaire). On tiendra compte de cette approximation dans l'interprétation des résultats de charge de travail.

Les temps de travail rapportés dans BePASSTA pourront sembler anormalement élevés. Ceci est lié au *déploiement* de l'activité clinique dans le décompte du temps de travail. En effet, le clinicien fait habituellement plusieurs choses en même temps durant la période où il s'occupe d'un enfant. Cette période est en réalité la durée de travail ressentie. Mais si l'on ajustait bout-à-bout l'ensemble des actes posés durant

cette période, et que l'on additionnait les durées individuelles de chacun de ces actes, on obtiendrait une somme dépassant largement la durée de travail *ressentie*. Dans BePASSTA, nous appellerons « charge de travail » la somme des durées standardisées des actes posés pour un enfant.

4.3.2.2 Analyse préliminaire de la DB BePASSTA

Sur base des enregistrements dans les 12 hôpitaux-pilotes, une analyse de fréquence a été établie pour chacune des combinaisons acte-prestataire reprises dans la partie « charge de travail » des questionnaires BePASSTA. Les combinaisons acte-prestataire qu'on ne retrouvait pas chez au moins 2% des enfants enrôlés dans l'étude, étaient considérés comme rares (par exemple : distribution des repas par un médecin), et de ce fait ces combinaisons ont été exclues du questionnaire Workload.

4.3.2.3 Constitution du questionnaire Workload

Le questionnaire Workload a été construit de la manière suivante :

- On a créé un onglet pour les urgences, l'hôpital de jour médical et l'hôpital de jour chirurgical (c'est-à-dire, les endroits de l'hôpital présentant un intérêt pour l'étude BePASSTA).
- Sur chaque onglet, on a repris les actes listés dans les questionnaires BePASSTA. Ces actes ont été classés en catégories (actes diagnostiques, thérapeutiques, intellectuels et administratifs). Les combinaisons acte-prestataire cochées chez moins de 2% des patients ont été exclues du questionnaire Workload.
- L'onglet « hôpital de jour médical » comporte une catégorie supplémentaire (actes thérapeutiques spécifiques) établie sur base de l'analyse des « autres actes » dans le questionnaire BePASSTA.

4.3.2.4 Validation par un groupe d'experts des temps moyens de réalisation par acte

Le temps moyen de réalisation d'un acte est défini ici comme le délai débutant quand le prestataire commence la réalisation de l'acte et qui se termine quand le prestataire est prêt à passer à l'acte suivant. Il ne s'agit donc pas d'une durée idéale, mais bien d'une durée réelle, tenant compte du temps de déplacement, du temps de préparation, de l'exécution pratique de l'acte, des tâches administratives y afférentes...

Dans un premier temps, le questionnaire a été soumis à une institution-pilote, ce qui a permis de proposer des temps moyens de réalisation, par acte et par prestataire. Le questionnaire « Charge de travail » a alors été adressé (le 7 avril 2011) aux membres médecins du groupe d'experts, qui se sont positionnés par rapport aux valeurs rapportées.

Les valeurs finales des temps moyens de réalisation ont été fixées par consensus établi entre les membres du groupe d'experts le 13 avril 2011. Ces temps moyens ainsi validés sont rassemblés dans une « table des temps moyens ».

4.3.2.5 Calcul du temps de pris en charge

On se souviendra que dans le questionnaire BePASSTA, tous les actes exécutés durant le séjour de l'enfant ont été consignés. Ainsi, pour chaque observation, le questionnaire renseigne le nombre de fois que chaque acte a été réalisé (et par qui).

Le calcul du temps de prise en charge (en minutes) résulte du croisement de la DB BePASSTA et de la table des temps moyens. Pour chaque catégorie de séjours (urgences, observations, jour médical, jour chirurgical...), l'analyse produit une durée ventilée entre les différents types d'actes (diagnostiques, thérapeutiques, intellectuels, administratifs) et d'acteurs (médecin, infirmière, secrétaire).

4.3.2.6 Analyse

Comme cela apparaîtra plus loin, l'étude de terrain met en évidence l'existence de diverses populations d'intérêt, dans chacun des pôles. On analysera ici la charge de travail dans ces populations particulières.

4.3.3 La facturation

4.3.3.1 Constitution du questionnaire Facturation

Afin d'appréhender de manière précise les conséquences financières de la prise en charge courte d'un enfant malade à l'hôpital, un outil spécifique a été développé. Il s'agit du tableur intitulé « Questionnaire Facturation ».

Ce tableur est composé de 3 onglets (urgences, hôpital de jour médical et hôpital de jour chirurgical).

Chaque onglet est structuré de manière identique et reprend :

- Des données d'identification patient
- Le détail des honoraires de consultation
- Les honoraires divers (biologie clinique, radiologie, autre)
- Les frais de pharmacie
- Les différents forfaits.

Pour chaque hôpital-pilote, on a constitué un tableur propre, reprenant les informations suivantes :

- Le numéro d'identification du patient
- Le numéro de liaison à la facturation, quand il avait été transmis par l'hôpital

- La date du contact
- La date de naissance de l'enfant

On a donc constitué 12 tableurs correspondant chacun à un hôpital-pilote et ne contenant exclusivement que les données d'identification des patients vus dans cet hôpital.

4.3.3.2 Procédure

Les Questionnaires Facturation ont été adressés par courrier électronique aux 12 hôpitaux pilotes le 18 février 2011.

La date butoir communiquée aux hôpitaux pour le renvoi des tableurs complétés a été fixée au 15 mars 2011, et reportée à de multiples reprises.

En définitive, 6 hôpitaux-pilotes sur les 12 participant à l'étude ont renvoyé des données de facturation, et en utilisant le tableur conçu à cet effet pour 4 d'entre eux.

4.3.3.3 Analyse

Suivant en cela l'option prise plus haut (charge de travail), l'analyse des données de facturation suivra l'axe des « populations d'intérêt ». Dans chaque pôle, l'examen des flux de patients a mis en évidence des populations (et sous-populations) particulières. On examinera donc particulièrement les consultations et forfaits facturés dans ces populations.

4.3.3.4 Limites de l'interprétation

Les multiples retards à l'envoi des données par les pilotes, le faible nombre d'hôpitaux ayant répondu à la demande (alors qu'il s'agissait d'une obligation contractuelle) ainsi que le non emploi occasionnel du tableur-outil ont entraîné des difficultés considérables dans l'analyse des données de facturation.

Compte tenu de ce qui précède, il a été décidé de concentrer l'analyse sur les consultations et les forfaits facturés aux patients.

On se souviendra que les résultats de cette analyse devront être interprétés avec précaution, puisque l'échantillon « facturation » ne recouvre pas (loin s'en faut) la population BePASSTA.

IV. RÉSULTATS

1 REVUES DE LA LITTÉRATURE

1.1 Unités d'Observation pédiatriques : une revue systématique

1.1.1 Résultats de la recherche

Du MEDLINE ont été extraits 1411 articles. Aucune revue systématique portant sur la question n'a été retrouvée dans la base de données COCHRANE. Un abstract structuré a été retrouvé dans la base de données économiques du NHS (2010 Issue 1).

Sur les 1411 articles de départ, 1295 (+6) jugés non pertinents après examen des titres et des abstracts ont été exclus.

On a également exclus 96 des 116 études concernant des enfants mais ne faisant pas mention de l'organisation des séjours courts ni de celle de l'unité d'observation. Au total, 19 articles rencontraient tous les critères d'inclusion. Durant la période de rédaction de ce document (de mars 2010 à décembre 2011), une mise à jour de la littérature a été réalisée, qui a permis de trouver une revue systématique centrée sur les unités d'observation aux Etats-Unis. Un contact avec un chercheur concerné par le sujet (France, Martinot, 2010) a permis de trouver une étude non publiée. Au final, ce sont 21 études qui ont été intégrées dans l'analyse : 2 revues systématiques et 19 études observationnelles et analytiques. Parmi celles-là, 3 ont été menées en Australie, 3 en France, 9 aux Etats-Unis, 3 au Royaume Uni, 1 en Irlande, 1 au Canada, et 1 revue systématique qui incluait toutes les nations. Ces études présentent des données issues de la prise en charge courte de 232.657 enfants.

1.1.2 Les modèles des Unités d'Observation dans 4 pays

En Australie, c'est en mars 1994 que l'annexe aux Urgences pédiatriques (Children's Emergency annex ou CEA) a été créée au Westmead Hospital à Sidney (Browne, 2000). Cette annexe est définie comme une garde d'observation ou de court séjour (short stay ward ou SSW) dans l'unité de pédiatrie, et fait physiquement partie du département des urgences. En effet, tous les enfants admis dans la SSW passent par les urgences, après avoir été examinés par l'urgentiste qui décide de l'orientation.

En France, les unités d'observation de courte durée (UHCD) ont été introduites dans la législation en 1995. C'est la Société francophone de médecine d'urgence qui, en 2001, a établi des critères pour les UHCD : ces unités doivent faire partie du service des urgences ; les unités d'observation pédiatriques doivent être séparées des UO

adultes ; le responsable de l'UO est un médecin hospitalier, et enfin, une UO pédiatrique devrait contenir 3 à 5 lits pour 10.000 contacts-patients.

Au Royaume Uni, la British Association of Accident and Emergency Medicine a recommandé en 1989 que chaque département d'urgence dispose d'1 lit de court séjour pour 5000 contacts-patients. A titre d'exemple, au Birmingham Children's Hospital, une unité d'observation a été intégrée au service des urgences. Cette unité est ouverte 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Elle contient 6 lits/berceaux et une infirmière des urgences y travaille.

Aux Etats-Unis, on a recourt aux unités d'observation chez les patients qui nécessitent une prise en charge dépassant ce qui se fait d'ordinaire aux urgences, et dont on pense qu'ils vont rester à l'hôpital pour moins de 24 heures (Mallory et Miscier, USA). La plupart des UO sont localisées dans ou à proximité des urgences, mais on a également observé (Crocetti, 2004) des lits d'observation (Observation Status beds) dans les salles d'hospitalisation classique de pédiatrie. Dans les hôpitaux américains, les UO contiennent de 3 à 23 lits (Michelle, 2010).

1.1.3 Point d'entrée dans l'UO

Dans les 4 pays étudiés, le service des urgences constituait le point d'entrée primaire vers l'unité d'observation. On note cependant l'existence d'une UO « ouverte » aux USA, qui accepte les admissions directes de patients externes (Zebrack, 2005).

En Australie, des modèles de soins pédiatriques assez novateurs ont été créés dans 2 hôpitaux depuis 2006 (Wyong et Hornsby). Ainsi, des soins pédiatriques ambulatoires ont été délivrés à des patients de moins de 15 ans dans un « PARC » (Paediatric Acute Review clinic) géographiquement indépendant.

En octobre 1998, un hôpital au Royaume Uni a développé une unité de soins pédiatriques ambulatoires appelée PACU (Paediatric Ambulatory Care Unit), située à proximité du département des urgences et du secteur ambulatoire de l'hôpital. Les patients y étaient adressés pour observation, diagnostic et prise en charge durant une période variant entre 4 et 6 heures. Après quoi, une décision d'admission, de retour à domicile ou de transfert était prise. Cette unité était ouverte de 9 à 22 heures tous les jours de la semaine (Blair, 2008).

1.1.4 Caractéristiques des enfants mis en Observation

L'âge des patients admis en Unité d'Observation varie légèrement selon les pays. Au Royaume Uni et aux USA, les enfants y sont admis jusqu'à 18 ans. En France, les âges limites sont de 3 mois à 15 ans et 3 mois. Aux USA, 20% des enfants admis en Unité d'Observation ont moins de 1 an et plus de 50% ont moins de 5 ans (Michelle,

2010). Une étude australienne a montré une distribution un peu différente : 46% d'enfants âgés de moins de 2 ans et 50% âgés de 2 à 8 ans (Browne, 2000). En France, 28% des enfants observés avaient moins de 1 an, et plus de la moitié avaient moins de 3 ans (Lamireau, 2000). Au Royaume Uni, a montré que l'âge médian chez les enfants observés était de 2 ans (Blair). D'une manière générale parmi la population observée, la proportion de garçons dépassait celle des filles (Brown 2000, 2001, .Dell 2001 Blair 2003).

1.1.5 Diagnostics d'admission en Observation

Les diagnostics d'admission en Unité d'Observation varient peu selon les pays et les périodes. Le plus fréquemment, les enfants étaient admis avec des problèmes respiratoires (asthme, laryngite, bronchiolite, pneumonie), une gastro-entérite (avec ou sans déshydratation), un traumatisme, des convulsions, des fractures simples, une fièvre isolée, ou un empoisonnement.

1.1.6 Durée de séjour en Unité d'Observation

La durée de séjour moyenne en Unité d'Observation varie entre 6 et 20 heures. Cette variation importante reflète des différences de case-mix, ainsi que la diversité des définitions pour la durée de séjour selon les études et les pays (dans certains cas, on a considéré que la durée de séjour en Observation commençait à l'arrivée aux Urgences, dans d'autres, cette durée commençait lors du transfert effectif en Unité d'Observation). Deux études qui ont comparé les durées de séjour en l'absence et en présence d'une Unité d'Observation ont montré que l'Unité d'Observation réduisait la durée de séjour à l'hôpital, tous les paramètres cliniques étant superposables par ailleurs (Browne et al 2001 and Greenberg et al 2006).

Au Canada en 2001, Dell et al. a comparé des patients restant hospitalisés plus de 24 heures et moins de 24 heures, sans trouver de différence entre les deux groupes en ce qui concerne la langue, la présence d'un médecin de famille, des antécédents d'asthme ou la prise en charge antérieure à la présentation aux urgences. Les variables associées avec un court séjour étaient : l'asthme léger, le sexe masculin et la possibilité de traiter l'enfant à domicile.

Une étude aux USA analysé l'intervalle de temps entre le triage aux urgences et l'arrivée effective dans un lit de l'Unité d'Observation : le temps médian était de 3 heures avec un écart variant de 0.5 à 14 heures (Crocetti et al. 2004).

1.1.7 Résultats au sortir de l'Unité d'Observation

Les résultats de l'Unité d'Observation ont été classés en 4 catégories principales : le taux d'hospitalisation traditionnelle, le taux de représentation de l'enfant, le coût et la satisfaction des patients. Le Tableau 6 présente les résultats de 18 études à ce sujet.

Tableau 6 : Comparaison de la notion d'observation en pédiatrie entre la France, les Etats-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie

	Australia	UK	USA	France
Introduced date	1994	1989		1995
Setting	ED/Clinic	ED/ Inpatient	ED/inpatient	ED
Time observation	4 to <23h	4 to < 24h	4 to < 24h	4 to < 24h
Age at OU	<15 ys	0-18 ys	0-18 ys	3 m-15 ys+3m
Average length of stay	17,5 h			15,5 h
Common conditions	Asthma; gastroenteritis; infectious; bronchiolitis; trauma			
Outcome	Discharge, Admission inpatient, refer			
Discharge rate (ED)	85%-96%	76%	75%	66-79%
Unscheduled return <72h		1-7%		
Reducing admission inpatient		10-15%		
Parents Satisfaction		85-88%		
Staff Satisfaction	Yes	Yes	Yes	Yes
Data sources	Patient chart review, retrospective and prospective, questionnaire, discharge data			

Le taux d'admission en hospitalisation traditionnelle

Les facteurs associés avec une admission non programmées étaient le jeune âge (Zebrack, Miescier), le sexe féminin, la fièvre (plus de 38.5°), des lésions cérébrales (Holstis), la présence d'une fracture de la base du crâne, de lacérations du la tête ou la nécessité d'un traitement parentéral (Holstis).

Une étude a démontré que les caractéristiques démographiques des patients et des médecins ne modifiaient pas le risque d'hospitalisation non programmée, alors que certains diagnostics ou le besoin d'une consultation sur-spécialisée en augmentaient le risque (Alpern2008).

En Australie, Browne et al. (2001) a montré que l'introduction d'une Unité d'Observation réduisait le taux d'admission d'un facteur de 3 (9.1% vs 23.6%) et la durée de séjour d'un facteur de 2.

Le taux de représentation de l'enfant dans les 72 heures

La proportion d'enfants représentés aux urgences dans les 72 heures après une première visite et un retour à domicile varie entre 0.4 et 1.7%. Les définitions utilisées ainsi que le mode d'acquisition des données varient fortement d'une étude à l'autre, et par exemple, certaines études ont tenu compte des patients qui se représentaient aux urgences avec un problème différent de celui qui avait justifié le premier contact (Ogilvie). Les facteurs qui augmentaient le taux de représentation étaient la maladie asthmatique et l'inquiétude parentale.

La satisfaction des patients

Selon les études, la satisfaction des parents est élevée, variant entre 85 et 97%.

Les coûts

Deux études ont montré l'intérêt financier du modèle avec une Unité d'Observation comparé à l'hospitalisation traditionnelle sans UO (Browne 2000 in Australia; Greenberg et al 2006 in USA). L'étude australienne rapporte une économie de 2.383.138\$ par hôpital sur une période de 2 ans, correspondant à une économie de 479\$ par admission en Unité d'Observation. Aux USA, Greenberg rapporte un coût médian de 1685\$ quand il n'y a pas d'Unité d'Observation, comparé à 1324\$ quand il y en a une.

1.2 Hospitalisations de jour

Granell et al (1), dans leur revue de la littérature sur la chirurgie ambulatoire, la définissent comme une procédure chirurgicale requérant un minimum de soins postopératoires qui peuvent être pris en charge à la maison sur base d'instructions appropriées²¹.

L'hospitalisation chirurgicale de jour en pédiatrie est aujourd'hui communément admise et largement pratiquée. La chirurgie de jour offre de nombreux avantages par rapport à l'hospitalisation classique (2)(3) : avantages financiers (4) mais également en terme de qualité de prise en charge (5; 6) avec par exemple une réduction du stress émotionnel induit par l'opération (7) ou une meilleure satisfaction des parents (séparation réduite) mais également une réduction des effets non désirés comme les infections nosocomiales, etc. Pearson et al (5) complètent le tableau en précisant l'avantage lié au fait de ne pas mobiliser du staff

²¹ "A surgical procedure that requires minimum postoperative care, which can be given at home with appropriate instruction »

infirmier en horaire de nuit ou durant les week-ends, la réduction des listes et temps d'attente pour les enfants, et un coût réduit à charge de la famille. Cependant, la chirurgie ambulatoire présente également certains désavantages. Ces mêmes auteurs évoquent les effets non désirés comme les nausées, vomissements et autres complications si le patient sort trop rapidement après son anesthésie, le contrôle inadéquat de la douleur, ou encore le repos insuffisant une fois à la maison. Ces possibles complications rappellent toute l'importance de gérer méticuleusement le processus ambulatoire, en ce compris le suivi et l'évaluation du pré- et post-admission.

En Finlande, environ 2 tiers des procédures chirurgicales chez les enfants sont conduites en *one-day clinic* (8). De ce fait, de moins en moins de temps est consacré à l'hôpital en préopératoire. En conséquence de quoi, de plus en plus d'intérêt est porté sur l'évaluation des procédures préopératoires notamment. Selon Ferrari et al (9), toute institution hospitalière se doit d'avoir un système clair et global qui étudie les patients durant la période de préparation à l'intervention. Pour ces auteurs, l'effort d'investissement dans une telle stratégie est largement récompensé en regard du gain réalisé au niveau de l'optimisation de l'utilisation du bloc opératoire, permettant ainsi d'éviter les pertes de temps générées par une mauvaise ou incomplète préparation du patient, ou encore les annulations de dernière minute. Favoriser l'évaluation globale du patient en préopératoire et y affecter des ressources humaines constitue ainsi un gain financier pour l'hôpital et procure un meilleur confort au patient.

Pearson et al (5) ont publié, en 2004, les résultats de trois revues systématiques de la littérature *evidence-based* en vue de produire des recommandations de bonne pratique en matière d'hospitalisation de jour chirurgicale. Les résultats s'appliquent à la pédiatrie mais également à la chirurgie adulte.

Les thèmes analysés sont les suivants :

- La pré-admission des patients en vue d'une hospitalisation chirurgicale de jour
- Les soins aux patients durant l'hospitalisation de jour chirurgicale
- Les modèles de recrutement ? appropriés pour atteindre les résultats de santé souhaitables

Les auteurs pointent de manière globale le manque d' *évidences (evidence-based)* dans la littérature et en particulier sur le thème des modèles de recrutement de personnel pour lequel il apparaît un manque évident d'études de qualité sur la complexité des équipes de soins en hospitalisation chirurgicale de jour et sur les relations entre la variété de compétence, l'effectif et l'atteinte des résultats de soins. Les auteurs n'ont pas formulé pas de recommandation dans ce domaine. En

revanche, la littérature propose certaines analyses au niveau des processus de pré-admission, d'admission ou de sortie que nous développons plus loin.

Concernant les meilleures pratiques préopératoires (premier thème), ces auteurs recommandent deux modèles de pré-admission pour la pédiatrie : le *screening* par téléphone ou questionnaire, d'une part, ou la visite dans une clinique d'évaluation préopératoire, d'autre part. L'une et l'autre méthode permettent d'améliorer tant les résultats de soins liés à la chirurgie que la satisfaction du patient et de sa famille. Les réflexions liées à ces méthodes sont reprises ci-après.

Concernant les soins durant la *one-day*, la revue systématique a mis en évidence une série de facteurs intéressants comme la distraction du patient, la gestion de l'anesthésie ou l'information fournie en préopératoire. La distraction du patient durant les moments d'attente (via de la musique, des histoires courtes ou la télévision) permet de réduire le niveau d'anxiété chez l'enfant et ses parents et sont recommandés par les auteurs (5). La gestion de l'anesthésie est également discutée mais pas dans le champ pédiatrique de manière spécifique, nous ne retiendrons donc pas ici ces éléments.

Assurément, une des difficultés à gérer dans la prise en charge pédiatrique par rapport à celle d'un adulte est la multiplicité accrue des sources d'informations. En effet, le patient n'est, pour la plupart du temps, pas la seule source d'information. La compilation des informations médicales doit se faire à partir des parents ou proches, des pédiatres et des prestataires de néonatalogie. En outre, l'évaluation du patient avant l'anesthésie et la prescription d'un plan d'anesthésie relève de la responsabilité de l'anesthésiste (*American Society of Anesthesiology (ASA)*), un intervenant supplémentaire dans le processus. Selon les guidelines déterminé par l'ASA, le travail de l'anesthésiste débute en effet dès le premier contact avec le patient et se clôture à l'issue de la phase de réveil et s'envisage sur un continuum durant toute cette période.

Dans la littérature, il y a un consensus sur l'importance d'une bonne pratique préopératoire. Les enfants préparés à la chirurgie opératoire recouvrent plus rapidement leurs capacités et ont des effets indésirables limités. O'Shea et al (11) ont étudié la question. Avec un programme préopératoire, les prestataires de soins, et ce inclus l'équipe infirmière, peuvent avoir un impact positif sur la capacité de l'enfant à gérer la procédure chirurgicale (12). Frisch et al viennent de publier une revue de la littérature qui confirme cette tendance (2).

En préopératoire, le *screening* par téléphone ou questionnaire ou la visite à la clinique d'évaluation préopératoire sont considérés comme les meilleures pratiques dans la préparation de l'enfant pour la chirurgie de jour (5). Pearson et al, auteurs des revues systématiques déjà évoqués précédemment, recommandent l'appel

téléphonique particulièrement utile pour améliorer le processus de pré-admission tant pour les parents que pour le service. Cette technique constitue une opportunité pour l'infirmière de juger de l'urgence de l'opération et pour prévenir les annulations. La visite à domicile ne réduit pas les résultats de taux d'annulation. Par contre, l'expérience met en évidence les effets positifs d'une pré-admission à la clinique d'évaluation préopératoire sur la satisfaction des parents. Selon ces auteurs, il est impossible de conclure sur une meilleure efficacité d'un modèle ou de l'autre.

Faisant écho à cette dernière question, Ferrari et al (9) ont documenté une étude particulière sur l'évaluation des pratiques préopératoires en hospitalisation de jour chirurgicale. Dans un environnement très spécialisé et fragmenté, comme c'est le cas en chirurgie de jour pédiatrique, ces auteurs ont noté que la présence d'un « capitaine à bord » qui évaluerait le patient globalement fait souvent défaut. Pourtant, une fonction essentielle à couvrir pour être efficient dans la phase préopératoire est de constituer un rapport unique complet et global sur l'histoire santé du patient. Ce que suggèrent ces auteurs de Harvard, c'est de mettre en place un « centre d'évaluation préopératoire » qui serait investi de missions spécifiques et pour lesquelles une équipe multidisciplinaire serait affectée. Pour le succès d'une telle approche, les ressources humaines d'un tel centre doivent être adéquates et appropriées (9). Bien entendu, les effectifs qui y seraient mobilisés dépendront du niveau d'activité du centre. L'équipe idéale pourrait par exemple prendre la forme suivante : un directeur médical, une équipe d'anesthésistes spécialisés en pédiatrie, une équipe infirmière, une infirmière-gestionnaire et deux assistants administratifs.

Dans ce paragraphe, nous décrivons brièvement l'organisation du « centre d'évaluation préopératoire » (9). Tout d'abord, une spécialisation double en pédiatrie et anesthésie du directeur médical permettrait d'économiser le recours à l'une ou l'autre expertise extérieure. Ce directeur médical se verrait entouré d'une équipe d'anesthésistes pédiatriques qui travailleraient en rotation entre ce centre d'évaluation préopératoire et le bloc opératoire. Partant du postulat selon lequel l'évaluation préopératoire constitue une part essentielle du rôle de l'anesthésiste, l'intégration dans une telle équipe devrait faire partie intégrante de la formation de l'anesthésiste. A ces prestataires, viendrait notamment s'ajouter une infirmière-gestionnaire qui contrôlerait quotidiennement le processus et participerait aux soins cliniques en collaboration avec l'équipe infirmière. Une infirmière expérimentée et sous la supervision d'un anesthésiste pourrait aisément gérer les patients et prévenir avec justesse jusqu'à 86% des problèmes. Comme mentionné ci-dessus, les effectifs pour la composition d'un tel centre varieront nécessairement en fonction du nombre de patients à prendre en charge. Les auteurs estiment nécessaire un encadrement infirmier de 8 ETP pour 7200 patients. A cette équipe médicale et infirmière, viendrait finalement s'ajouter un appui administratif qui

serait en charge du planning (dont l'adaptation des horaires du lendemain) et de la gestion des paiements. Un assistant administratif additionnel gèrerait alors les autres détails opérationnels (fiche patient, appels téléphoniques ou accueil).

Malgré un coût relativement important pour la mise en place d'un tel centre d'évaluation préopératoire, le programme constitue un atout pour l'hôpital et est capable de générer des bénéfices.

Un autre enjeu majeur en chirurgie de jour réside dans la guidance et le conseil, notamment dans le chef des parents en charge des soins postopératoires à la maison (gestion de la douleur, etc.) (13), et particulièrement chez les jeunes enfants incapables de s'exprimer verbalement. La littérature couvre largement ces problématiques et prescrit des guidelines médicales et infirmières concernant les instructions de sortie : prescription adéquate d'analgésique, information correcte relative aux addictions et effets secondaires, diffusion d'information écrite sur les traitements, sur les besoins générés par la chirurgie et sur les moyens de contacter les professionnels de santé en cas de nécessité (8). A ce propos, le *Royal College of Nursing* de Londres a produit un guide sur l'information au patient en chirurgie ambulatoire et le rôle des parents (14). Cependant relativement peu d'auteurs ont enquêtés sur l'expérience des parents et leur capacité à répondre aux instructions des guidelines dans un contexte d'anxiété et de stress. Or, ces éléments associés à la fatigue contribuent à la mauvaise réception et intégration des informations postopératoires (15; 16).

Le thème de la sécurité des patients en chirurgie postopératoire fait l'objet de nombreuses études. Un modèle de référence *ASPAN EBP* fournit d'ailleurs un guide des priorités pour la pratique infirmière, la gestion et la formation dans le champ de la périanesthésie (17). Les standards *ASPAN* recommandent notamment un suivi spécifique pour la chirurgie postopératoire (18).

Différentes méthodes de formation et d'éducation des parents, notamment à l'évaluation et la gestion de la douleur chez l'enfant après une chirurgie ambulatoire, existent : le support écrit à distribuer, le suivi téléphonique ou par mail, le poster ou slide-show, la communication par vidéo, ou encore l'atelier de formation dans certains cas plus complexes. Le choix du mode de transmission constitue certainement un point à ne pas négliger. Certains auteurs (8) recommandent la transmission orale pour assurer la bonne compréhension des indications. Le *Royal College of Nursing*, évoqué précédemment, souligne l'importance de fournir avant l'intervention une information écrite aux parents. Cette étape permettra à ces derniers de se rendre compte dans quelle mesure l'opération va interférer dans leur quotidien (social et professionnel). Selon ces guidelines, il est recommandé de diffuser une information écrite rédigée pour une

audience ciblée et donc, nécessairement, accessible pour tout lecteur (vocabulaire précis mais langage familier). L'information doit couvrir les thèmes suivants :

- Procédure de pré-admission ou visite de l'enfant à domicile
- Justification de l'intervention
- Risques liés à l'intervention
- Information générale sur l'anesthésie
- Information relative au service d'hospitalisation de jour
- Effets attendus de l'intervention

Ces guidelines soulignent par ailleurs l'importance d'une transmission orale envisagée comme un rappel personnalisé des instructions essentielles. A tout cela s'ajoute l'information quant aux instructions postopératoires qui doit alors porter plus particulièrement sur l'aménagement des activités du quotidien comme le repos, la gestion de la douleur, l'alimentation, le bain, etc. En complément de ces supports écrits et oraux, d'autres médias comme l'audio ou la vidéo peuvent être envisagés selon les besoins. Un dernier point intéressant est l'importance de la diffusion de ces guides à l'ensemble des prestataires de soins en contact avec les parents.

Quant au contenu proprement dit de ces diffusions, il peut varier d'une étude à l'autre. En effet, Kankkunen et al (8) ont, pour leur part, mis l'accent sur la nécessité d'une information relative aux méthodes non pharmaceutiques (*non-pharmacological pain alleviation methods*) pour gérer la douleur des enfants. Dans une étude menée en Finlande, ces auteurs ont pointé le manque d'informations transmises aux parents sur les méthodes non pharmacologiques pour répondre aux plaintes des enfants. Ces derniers recommandent la formation de l'équipe soignante à l'utilisation des analgésiques et des méthodes non pharmacologiques et soutiennent que cet exercice renforce la transmission des informations aux parents sur ces points. Pour eux, le dysfonctionnement dans la diffusion de l'information aux parents peut être attribuable à une confusion dans la division du travail entre médecins et infirmiers. Pour exemple, dans leur étude, la moitié des professionnels de santé interrogés ont considéré que l'instruction des parents relève de la tâche du médecin. Une répartition non claire des tâches essentielles a un impact défavorable sur la qualité des services offerts.

Le moment de la transmission d'information est également l'objet de débat dans la littérature. Pour Kankkunen et al (8) une éducation des parents réalisée le jour même de la chirurgie ne semble pas optimale et est lourdement critiquée par les parents.

Nous allons maintenant nous intéresser à un diagnostic précis et fréquent pour illustrer nos propos. Les cas d'otolaryngologie [ORL] représentent une part importante des chirurgies ambulatoires en pédiatrie, voire même majoritaire dans la plupart des hôpitaux (1). Chez les enfants, l'ablation des amygdales est une des opérations les plus courantes en hospitalisation de jour. Dans une revue de la littérature, Granell et al (1) pointent les divergences entre pays autour des recommandations en termes de sécurité dans la prise en charge de ce type d'indication. Une étude menée dans un hôpital de Madrid, pionnier en hospitalisation chirurgicale de jour en Espagne, présente les complications liées à la chirurgie et à l'anesthésie et ainsi que leur fréquence (

Figure 6) (1). Le risque de saignement est le plus fréquemment rencontré.

Figure 6 : Complications liées à l'amygdalectomie chez les enfants en hospitalisation de jour (Granell 2004)

Complications in outpatient tonsillectomy
in children (n = 1243)

Surgical complications		Anesthetic complications	
	No.		No.
Bleeding		Aspiration	2
Intraoperative	9	Laryngeal edema	2
Primary	78	Others (vomiting included)	12
Secondary	6		
Local pain/dysphagia	2		
Fever	4		
Edema of uvula	1		
Others	1		

Pour prévenir des risques (de saignements) découlant de la chirurgie, certains auteurs recommandent une nuit d'observation comme règle générale, d'autres insistent sur l'importance d'identifier les groupes à risques car toute hospitalisation génère un coût. Dans la littérature, des critères relatifs aux procédures envisageables en hospitalisation de jour y sont définis et l'amygdalectomie les satisfait majoritairement (1). La thèse supportée par Granell et ses collègues explique que les complications majeures sont identifiées dans une période de 5 heures après l'opération, une observation postopératoire de 5 heures est donc jugée raisonnable et satisfait aux normes de sécurité pour la prise en charge des amygdalotomies en hospitalisation de jour. Ces débats montrent dans ce contexte l'enjeu du suivi postopératoire.

Selon Le et al (18), une amélioration de la qualité de la prise en charge d'une chirurgie ambulatoire comme l'amygdalectomie passe par un renforcement du suivi postopératoire. Les auteurs recommandent le suivi par appels téléphoniques (en

lieu et place d'autres méthodes comme le suivi par e-mails). Deux appels doivent être réalisés dans la période postopératoire –le premier dans les 24 h qui suivent la sortie du patient et le second le 9^{ème} ou 10^{ème} jour après le sortie– et pris en charge par la même infirmière (Figure 7). Ces deux appels permettent d'évaluer les risques de problèmes ou complications et garantissent le meilleur suivi des instructions postopératoires. Ils constituent certainement un moyen pour réduire l'anxiété de la famille générée par l'opération.

Figure 7 : Questionnaire administré aux parents lors du suivi postopératoire par téléphone (2 appels) dans le cadre de l'étude de Le et al sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge d'une chirurgie ambulatoire (Le 2007).

1. How is your child feeling today?
 2. Have there been any concerns or problems since his/her discharge home?
(During phone call #2: "since our last phone call?")
 - a. If yes, what is/are (was/were) the concern(s) or problem(s)?
 - b. What did you do?
 - c. Have you contacted anyone for advice? For example, your pediatrician, ENT MD/service, local clinic, other?
 3. Do you feel that the preoperative teaching adequately prepared you to take care of your child postoperatively?
 - a. If yes, what helped you?
 - b. If no, what could we have done differently that would have helped you?
 4. Any questions or comments?
- During phone call #2 only:*
5. Do you feel that our phone call on the day following surgery was necessary?
 - a. If yes/no, why?
 6. Do you feel that this call today was necessary?
 - a. If yes/no, why?

Fig 1. Questionnaire administered to parents and referred to during the follow-up phone calls.

Dans leur étude, ces mêmes auteurs ont mis en évidence l'importance d'une préparation préalable à l'admission pour s'assurer des bénéfices attendus du suivi postopératoire. La préparation selon le *Preoperative Assessment Clinic* recommande une visite préalable à la chirurgie (1 à 14 jours avant l'opération) durant laquelle est présentée aux parents une vidéo qui présente les événements pré- et postopératoires sous l'assistance de l'infirmière. Un protocole standard de préparation est alors suivi et couvre les points suivants : gestion de la douleur, régime spécifique, hydratation, prévention et formation à la reconnaissance des complications, effets secondaires de l'anesthésie, activités permises, et tout autre questionnement des parents. Lors de cette visite, l'infirmière est également tenue

de faire un examen de l'enfant. Sur base du protocole de référence (*Otolaryngology [OTL] department's protocol*), des instructions claires concernant la période postopératoire sont présentées aux parents (par exemple concernant le maintien de l'enfant pendant une période minimum de 10 jours à la maison, ou le monitoring des complications possibles comme saignements, déshydratation ou infection).

1.2.1 Conclusion

Les avantages et les inconvénients de l'hospitalisation de jour sont largement documentés. Il ne ressort pas de consensus sur la mise en œuvre d'un modèle d'organisation particulier. Cependant les différents auteurs s'accordent sur le rôle essentiel d'une préparation de l'enfant et de ses parents en pré-admission et d'un suivi élaboré à la sortie. En pré-admission deux principales méthodes ressortent, celle des contacts téléphoniques aux parents et celle de la visite préalable à l'hôpital. Aucune étude ne compare l'efficacité supérieure de l'une sur l'autre, ce qui ne nous permet pas de trancher dans ce domaine. En suivi post-admission, la qualité de l'encadrement des parents et la gestion des douleurs et des risques liés à la prise en charge sont des thèmes largement discutés et indiscutablement nécessaire à mettre en place. Certains auteurs pointent également l'importance d'un encadrement adapté de l'enfant et ses parents durant la journée d'hospitalisation (gestion de l'anesthésie, distraction durant les temps d'attente).

1.2.2 Bibliographie

Unités d'observation

Blair M, Gore J, Isaza F, Pajak S, Malhotra A, Islam S et al. Multi-method evaluation of a paediatric ambulatory care unit (PACU): impact on families and staff. *Arch Dis Child* 2008; 93(8):681-685.

British Association of Accident and Emergency Medicine. Recommendations for accident and emergency wards. London. London: BAEM, 1989.

Browne GJ. A short stay or 23-hour ward in a general and academic children's hospital: are they effective? *Pediatr Emerg Care* 2000; 16(4):223-229.

Browne GJ, Giles H, McCaskill ME, Fasher BJ, Lam LT. The benefits of using clinical pathways for managing acute paediatric illness in an emergency department. *J Qual Clin Pract* 2001; 21(3):50-55.

Crocetti MT, Barone MA, Amin DD, Walker AR. Pediatric observation status beds on an inpatient unit: an integrated care model. *Pediatr Emerg Care* 2004; 20(1):17-21.

Hue V, Walter-Nicolet E, Martinot A. [Paediatricians involvement in paediatric emergency care. A study in hospitals and paediatricians offices in the North of France]. *Arch Pediatr* 2004; 11(10):1191-1196.

Hue V, Walter-Nicolet E, Martinot A. [Paediatricians involvement in paediatric emergency care. A study in hospitals and paediatricians offices in the North of France]. *Arch Pediatr* 2004; 11(10):1191-1196.

Lamireau T, Llanas B, Dommange S, Genet C, Fayon M. A short-stay observation unit improves care in the paediatric emergency care setting. *Eur J Emerg Med* 2000; 7(4):261-265.

Levett I, Berry K, Wacogne I. Review of a paediatric emergency department observation unit. *Emerg Med J* 2006; 23(8):612-613.

Macy ML, Kim CS, Sasson C, Lozon MM, Davis MM. Pediatric observation units in the United States: a systematic review. *J Hosp Med* 2010; 5(3):172-182.

Mallory MD, Kadish H, Zebrack M, Nelson D. Use of a pediatric observation unit for treatment of children with dehydration caused by gastroenteritis. *Pediatr Emerg Care* 2006; 22(1):1-6.

Martineau O, Martinot A, Hue V, Chartier A, Dorkenoo A, Guimber D. [Effectiveness of a short-stay observation unit in a pediatric emergency department]. *Arch Pediatr* 2003; 10(5):410-416.

Miescier MJ, Nelson DS, Firth SD, Kadish HA. Children with asthma admitted to a pediatric observation unit. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21(10):645-649.

Ogilvie D. Hospital based alternatives to acute paediatric admission: a systematic review. *Arch Dis Child* 2005; 90(2):138-142.

Paediatric Ambulatory Care - The Way of the Future. <http://www.archi.net.au/e-library/delivery/paediatrics/parc2010>.

Saxena S, Bottle A, Gilbert R, Sharland M. Increasing short-stay unplanned hospital admissions among children in England; time trends analysis '97-'06. *PLoS One* 2009; 4(10):e7484.

Zebrack M, Kadish H, Nelson D. The pediatric hybrid observation unit: an analysis of 6477 consecutive patient encounters. *Pediatrics* 2005; 115(5):e535-e542.

Hôpital de jour médico-chirurgical

1. Granell J, Gete P, Villafruela M, Bolaños C, Vicent JJA. Safety of outpatient tonsillectomy in children: a review of 6 years in a tertiary hospital experience. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004 Oct;131(4):383-387.
2. Frisch AM, Johnson A, Timmons S, Weatherford C. Nurse practitioner role in preparing families for pediatric outpatient surgery. *Pediatr Nurs* 2010 Fév;36(1):41-47.
3. Ommen O, Janssen C, Pfaff H, Lefering R, Neugebauer E. Health services research in surgery--definitions, approaches and methods. *Langenbecks Arch Surg* 2008 Nov;393(6):985-994.
4. Tremlett M. Day surgery for children. *Anaesthesia & intensive care medicine* 2003 Déc;4(12):399-401.
5. Pearson A, Richardson M, Cairns M. "Best practice" in day surgery units: a review of the evidence. *Ambulatory Surgery* 2004 Déc;11(1-2):49-54.
6. Suhonen RA, Iivonen MK, Välimäki MA. Day-case surgery patients' health-related quality of life. *Int J Nurs Pract* 2007 Avr;13(2):121-129.
7. Hug M, Tönz M, Kaiser G. Parental stress in paediatric day-case surgery. *Pediatr. Surg. Int* 2005 Fév;21(2):94-99.
8. Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä A, Halonen P. Is the sufficiency of discharge instructions related to children's postoperative pain at home after day surgery? *Scand J Caring Sci* 2003 Déc;17(4):365-372.

9. Ferrari LR. Preoperative evaluation of pediatric surgical patients with multisystem considerations. *Anesth. Analg* 2004 Oct;99(4):1058-1069.
10. Calder F, Hurley P, Fernandez C. Paediatric day-case surgery in a district general hospital: a safe option in a dedicated unit. *Ann R Coll Surg Engl* 2001 Jan;83(1):54-57.
11. O'Shea M, Cummins A, Kelleher A. Setting up pre-admission visits for children undergoing day surgery: a practice development initiative. *J Perioper Pract* 2010 Juin;20(6):203-206.
12. Brewer S, Gleditsch SL, Syblik D, Tietjens ME, Vacik HW. Pediatric anxiety: child life intervention in day surgery. *J Pediatr Nurs* 2006 Fév;21(1):13-22.
13. Bastable A, Rushforth H. Parents' management of their child's postoperative pain. *Paediatr Nurs* 2005 Déc;17(10):14-17.
14. Royal College of Nursing. Day Surgery Information. Supporting the parents of children in day surgery. 2004.
15. Lander J, Warnock F. Supporting the parents of children in day surgery. *Can Nurse* 1999 Fév;95(2):29-33.
16. Kankkunen PM, Vehviläinen-Julkunen KM, Pietilä AK. Children's postoperative pain at home: family interview study. *Int J Nurs Pract* 2002 Fév;8(1):32-41.
17. Mamaril M, Ross J, Poole EL, Brady JM, Clifford T. ASPAN's Delphi study on national research: priorities for perianesthesia nurses in the United States. *J. Perianesth. Nurs* 2009 Fév;24(1):4-13.
18. Le T, Drolet J, Parayno E, Rosmus C, Castiglione S. Follow-up phone calls after pediatric ambulatory surgery for tonsillectomy: what can we learn from families? *J. Perianesth. Nurs* 2007 Aoû;22(4):256-264.
19. Blacoe DA, Cunning E, Bell G. Paediatric day-case surgery: an audit of unplanned hospital admission Royal Hospital for Sick Children, Glasgow. *Anaesthesia* 2008 Juin;63(6):610-615.

2 ETUDE QUALITATIVE

2.1 Les focus groups

2.1.1 Voorstelling van de zorg voor kinderen in de respectievelijke ziekenhuizen (bijlage 5)

- **AZ Maria Middelaes**

Kinderen die via de spoedafdeling in contact komen met het ziekenhuis worden indien nodig en zo snel mogelijk ondergebracht op de dienst pediatrie. Zij maken er aldus gebruik van dezelfde aangepaste faciliteiten. In principe is er niet echt sprake van 'observatie', ofwel wordt een kind opgenomen ofwel niet.

Het ziekenhuis heeft een erkenning van 20 bedden voor de klassieke hospitalisatie voor kinderen. Deze bedden zijn ondergebracht in één afdeling (E-afdeling).

De medische daghospitalisatie voor kinderen gebeurt op de kinderafdeling in de kamers die voor de klassieke hospitalisatie zijn voorzien. Dit heeft het voordeel dat deze kinderen ook gebruik kunnen maken van de aangepaste infrastructuur van de kinderafdeling (oa speelhoekje).

Op de E-afdeling wordt ook ambulante activiteit verricht. Specifieke ambulante verstrekkingen (bv bloedafname) worden in een verzorgingsruimte verstrekt door het pediatrisch verpleegkundig personeel van de E-afdeling.

Er is geen afzonderlijk chirurgisch dagziekenhuis voor kinderen. Deze kinderen worden opgenomen in een gemengde (volwassenen + kinderen) afdeling voor chirurgische daghospitalisatie. Dit evenwel in een aparte kamer waar alle kinderen en ouders samen de dag doormaken.

Samengevat kan worden gesteld dat, in het kader van het zorgprogramma, alle kinderen <16 jaar (met uitzondering van kinderen voor de chirurgische daghospitalisatie) op de kinderafdeling worden opgevangen.

- **AZ Sint-Lucas**

Kinderen die aangemeld worden op de dienst spoedgevallen worden zo snel mogelijk doorgestuurd naar de dienst kinderafdeling omwille van het gebrek aan aangepaste faciliteiten op de spoedafdeling.

Het ziekenhuis heeft een erkenning van 35 bedden voor de klassieke hospitalisatie voor kinderen. Deze bedden zijn ondergebracht in één afdeling (E-afdeling). Bovenop deze 35 bedden zijn 3 bedden voorzien voor slaapstudie. Organisatorisch is het medisch dagziekenhuis ook in dit ziekenhuis geïntegreerd in dezelfde afdeling.

Er is geen afzonderlijk chirurgisch dagziekenhuis voor kinderen. Deze kinderen worden opgenomen in een gemengde (volwassenen + kinderen) afdeling voor chirurgische daghospitalisatie.

In tegenstelling tot het AZ Maria Middelaes gebeuren er op de E-afdeling geen ambulante activiteiten.

2.1.2 Focusgesprekken met de ouders

Ervaringen van de ouders met de aanmelding op de spoedafdeling

Bij aankomst op de spoedafdeling kwamen de kinderen en hun ouders doorgaans eerst met een verpleegkundige in contact. Andere zorgverleners waarmee er contact was waren de kinderarts van wacht en andere verpleegkundigen.

Percepties van de ouders met betrekking tot het verblijf op de spoedafdeling waren zeer verschillend. Over het algemeen werd door het merendeel van de ouders gesteld dat het verblijf op de spoedafdeling eerder van korte duur was en dat er een vlotte doorstroming naar de kinderafdeling gebeurde. De ouders gaven expliciet aan dat het verblijf op de spoedafdeling eerder chaotisch was en verduidelijkten dat een spoedafdeling niet gericht en georganiseerd is op de opvang van kinderen. Het belang en voordeel van een snelle doorstroom tot de aangepaste kinderafdeling (hier de E-afdeling) werd als absoluut noodzakelijk ervaren. Een aantal ouders kon begrip opbrengen dat dit omwille van organisatorische en/of praktische redenen niet altijd mogelijk is waardoor een langer verblijf op de spoedafdeling noodzakelijk was.

Ervaringen van ouders met de daghospitalisatie

Alle ouders hadden de perceptie dat het verblijf voor een medische daghospitalisatie verliep zoals op voorhand afgesproken en gecommuniceerd was. Er werd ook aangegeven dat de wachttijden niet als vervelend werden beschouwd. Het feit dat het kind in een afdeling van daghospitalisatie specifiek voor kinderen kon verblijven werd als belangrijker beschouwd dan het feit van soms te moeten wachten.

Er werden verschillende voordelen aangegeven van een afzonderlijke afdeling voor daghospitalisatie van kinderen:

- Zoveel als mogelijk hetzelfde personeel met expertise in het behandelen en omgaan met kinderen is belangrijk in functie van het vertrouwen bij kinderen;
- Een adequate opvang en begeleiding van de ouders;
- Het feit dat kinderen in contact komen met andere kinderen werd als positief ervaren;

- De fysieke omgeving aangepast aan kinderen zorgt ervoor dat kinderen zich vlugger op hun gemak voelen;
- het informeren van niet alleen de ouders, maar ook de kinderen zorgt ervoor dat kinderen zich veiliger voelen;
- een aantal ouders gaf duidelijk aan dat hun kinderen de daghospitalisatie niet als ziekenhuis beschouwen, maar als een “aangename verblijfplaats”.
- Het groepsgevoel tussen kinderen maar ook tussen ouders zorgt voor steun in een moeilijke situatie.

Het feit dat niet altijd een afzonderlijke kamer mogelijk was werd door een aantal ouders als minder aangenaam beschouwd. Als voornaamste reden werd vooral de soms grote drukte in gemeenschappelijke ruimten aangegeven.

2.1.3 Focusgesprek met de zorgverleners

De klassieke hospitalisatie en de daghospitalisatie zijn twee verschillende manieren van organiseren van de zorg, die bij voorkeur van elkaar moeten gescheiden worden. Indien beide vormen van zorg voor kinderen in elkaar overvloeien heeft dit een aantal organisatorische en praktische gevolgen:

- Door het integreren van de daghospitalisatie binnen de klassieke hospitalisatie is de realiteit dat “niet-zieke” kinderen in contact komen met “zieke” kinderen met infectierisico als gevolg. Het is dan ook al gebeurd dat kinderen in daghospitalisatie een infectie opliepen en enkele dagen later alsnog dienen te worden opgenomen in de klassieke hospitalisatie.
- Enkel personeelsbezetting op basis van de erkenning van het aantal bedden in de klassieke hospitalisatie, maar waarbij ook de zorg in de medische daghospitalisatie en eventueel ook ambulante activiteit wordt opgenomen maakt dat er vaak overuren worden gepresteerd (vooral voor administratief werk). Dit is zeker relevant in de diensten met een kleinere activiteit door het ontbreken van schaalvoordelen (en dus flexibiliteit in het operationeel inzetten van het aanwezig personeel).
- Afhankelijk van de drukte in de klassieke hospitalisatie kunnen zich lange wachttijden in de medische daghospitalisatie voordoen (vooral omwille van niet-geplande zaken in de klassieke hospitalisatie);
- Doorstromingsproblemen van op de spoedafdeling naar de kinderafdeling;
- De zorg voor kinderen in het dagziekenhuis is (tijds)intensiever dan de zorg voor kinderen in de klassieke hospitalisatie;
- Het gebeurt soms dat kinderen in daghospitalisatie 's avonds toch in de klassieke hospitalisatie dienen te worden opgenomen. Bij plaatsgebrek is het dan zoeken naar geschikte oplossingen;

- Overbezetting door het feit dat de medische daghospitalisatie ingebed is binnen de kinderafdeling. In de daghospitalisatie moet immers niet voor elk kind een bed worden voorzien.

De laatste jaren is er een duidelijke evolutie naar “short stay”. Dit heeft tot gevolg dat er een hoge turn-over is die ook een aantal organisatorische en praktische gevolgen met zich meebrengen:

- Tijdsintensiever (vooral het moment van aankomst is zeer tijdsintensief: uitleg aan het kind, de ouders, onderzoeken...);
- Kamers moeten frequenter opnieuw klaar worden gemaakt voor de volgende patiënt;
- Het gebeurt dat kinderen te vroeg naar huis gaan met mogelijks een heropname tot gevolg.

Samengevat kan worden gesteld dat het samenbrengen van 3 patiëntencategorieën met verschillende noden een aantal organisatorische en praktische implicaties met zich meebrengt:

- Noden met betrekking tot de ziekte-toestand (bv. zwaar zieke kinderen versus kinderen die op onderzoek komen, infectiegevaar);
- Geplande (medisch daghospitalisatie) versus niet-geplande (spoed, consultaties) activiteiten;

Uit de interviews met de zorgverleners bleek dat de organisatorische problemen onlosmakelijk samenhangen met een gebrek aan een aangepaste financiering op het vlak van de honorering van de medische prestaties en op het vlak van de verpleegkundige omkadering voor de zorg voor kinderen in het ziekenhuis. Dit werd door de deelnemers expliciet benoemd als de kern van het probleem waaruit dan problemen op organisatorisch vlak voortvloeien.

2.1.4 Aanbevelingen

Er werd door de deelnemende zorgverleners een aantal aanbevelingen geformuleerd die moeten bijdragen tot het optimaliseren van de zorg voor kinderen in het ziekenhuis. Er werd expliciet gesteld dat alle wijzigingen met betrekking tot de organisatie en de financiering van de zorg voor kinderen in het ziekenhuis steeds gericht moeten zijn op het realiseren van deze prioritaire doelstelling.

Aanbevelingen:

- Vanuit de visie dat de zorg voor kinderen in het ziekenhuis in een omgeving aangepast aan de noden van het kind moet worden aangeboden, wordt gepleit voor een geïntegreerde afdeling medisch en chirurgisch daghospitalisatie voor kinderen, dichtbij maar toch afzonderlijk gesitueerd van de kinderafdeling;
- Vanuit het gegeven dat het voor kinderen belangrijk is om zoveel als mogelijk in contact te komen met dezelfde mensen (vertrouwen!) wordt gepleit voor een afzonderlijke (verpleegkundige) personeelsomkadering in de afdeling daghospitalisatie voor kinderen;
- Er wordt tenslotte gepleit voor een aangepaste adequate financiering op het vlak van de honorering van de medische prestaties en op het vlak van de verpleegkundige omkadering om een optimale zorg aan kinderen te kunnen aanbieden.

REFERENTIES

Krueger RA (1998) Analyzing & reporting focus Group results. Thousand Oaks, California, SAGE Publications, Inc.

Morgan DL (1998) Planning focus groups. Thousand Oaks, California, SAGE Publications, Inc.

2.2 L'analyse en groupe

2.2.1 Du bon usage d'une pratique innovante (annexe 6)

Aux yeux du législateur, l'unité d'observation pédiatrique n'existe pas en tant que telle. Contrairement à la situation qui prévaut pour les patients adultes, les textes de loi ne prévoient pas une prise en charge de la patientèle pédiatrique destinée à assurer une fonction de « tampon » entre le service des urgences et les unités d'hospitalisation. Cette absence de reconnaissance légale, nous y reviendrons, se retrouve par la force des choses dans l'inadaptation des codes INAMI.

En l'absence d'une reconnaissance officielle, la fonction d'observation pédiatrique est le résultat direct du « bricolage » créatif d'équipes dépourvues de moyens et de ressources humaines dévolues légalement à leur projet²². Ceci, en dépit des avantages apportés par l'unité d'observation pédiatrique aux patients, à leurs familles, aux unités d'hospitalisation et, *last but not least*, aux finances publiques.

Dans les deux hôpitaux où nous avons mené notre enquête, 85% des patients pédiatriques²³ se présentant dans les services d'urgence relèvent plus d'une consultation classique que d'une urgence réelle. Dans le chef des professionnels, cet apparent dysfonctionnement est avant tout caractéristique de changements sociétaux mis en évidence par les participants de l'enquête et sur lesquels nous reviendront au point suivant.

Les jeunes patients qui sont amenés à séjourner en unité d'observation ont l'avantage d'être maintenus dans un service prévu pour assurer des soins constants et qui plus est, d'être suivis par l'équipe qui les a accueillis. Le début rapide du traitement et le temps consacré à évaluer les compétences des parents dans le cas d'un éventuel retour à domicile, permettent régulièrement d'autoriser celui-ci. Il convient de ne pas sous-estimer l'importance du retour à domicile qui supprime l'anxiété d'une hospitalisation forcément non programmée dans le cas d'une admission qui se fait via le service des urgences²⁴. A l'évidence, le dispositif d'hospitalisation provisoire pédiatrique fait baisser la pression exercée sur les unités

²² Pour s'en convaincre, il suffit d'envisager la nécessité d'enfants surveillés pendant de longues heures sans que le législateur n'ait pensé à les nourrir ou à leur offrir un lit en lieu et place de la traditionnelle civière.

²³ A l'Hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, 25.000 enfants sont reçus chaque année aux urgences. On imagine le temps de travail nécessaire à l'établissement des diagnostics qui conduiront 3 à 4.000 d'entre-eux à transiter par l'unité d'observation ou à être dirigé vers l'hospitalisation classique de pédiatrie en étant passés (ou pas) par l'unité d'observation.

²⁴ A l'Hôpital Saint-Pierre, 90% des hospitalisations sont générés par les patients du service des urgences.

d'hospitalisation traditionnelle. D'une part, parce que des patients sont redirigés, après examen, début du traitement et observation des compétences de leurs parents vers leurs domiciles et d'autre part parce qu'il est possible de retarder leurs admissions nocturnes, heures pendant lesquelles les équipes sont réduites et les patients souvent endormis, vers les unités d'hospitalisation.

Cette moindre pression sur les unités d'hospitalisation a également un effet de diminution des coûts financiers engendrés, l'ambulatoire étant notablement moins onéreux qu'une hospitalisation. Nous n'avons pas été en mesure de chiffrer l'économie réalisée dans les deux établissements où nous avons mené notre enquête qualitative, mais il nous paraît vraisemblable qu'elle est substantielle.

Faut-il rappeler l'intérêt pour le patient et les finances publiques des *one day clinics* ? Sans doute pas. Par de nombreuses caractéristiques, les hospitalisations provisoires ou unités d'observation, qu'elles soient pédiatriques ou pas, leurs ressemblent. A la différence essentielle, que les admissions dans les premières sont programmées alors que dans les secondes elles ne le sont pas. De là à inférer que l'absence de programmation entraîne une exception de reconnaissance, il y a un pas qu'en toute logique, nous nous interdisons de franchir.

2.2.2 Quand la société change l'hôpital doit s'adapter

Si de tout temps, la fonction première de l'hôpital fut de soigner et plus récemment de guérir, on ne peut pas faire l'impasse sur les conséquences des changements sociétaux qui jouent sur l'institution médicale comme sur tous autres objets sociaux.

Voilà près de quarante années que la crise économique a enterré les fameuses *golden sixties*.

Comme n'importe quelle institution, l'hôpital se doit de s'adapter aux nouvelles conditions de vie de ses utilisateurs.

La disparition progressive des médecins de famille, ou pour le dire plus justement, du praticien corvéable à merci et disponible 24h sur 24 et 7 jours sur 7 a transformé progressivement les services d'urgence en dispositif de première ligne. L'afflux des patients, l'explosion exponentielle de leur nombre, implique que le temps consacré au diagnostic a augmenté de manière considérable. Dans cette situation, l'unité d'observation pédiatrique est une innovation indispensable pour préserver les unités d'hospitalisation d'un afflux ingérable de patients.

La précarisation du public dans les grandes agglomérations vient compliquer la situation. Dans les services d'urgence, contrairement aux cas de recours à un médecin de famille ou à un prestataire de type "s.o.s. médecins", nul besoin d'être

en mesure de payer la consultation. De plus, le patient en situation de grande précarité, incapable de payer ses médicaments, sait parfaitement que l'hôpital ne le laissera « pas tomber ». Vu sous cet angle, on comprendra que la crise économique qui perdure a augmenté la pression sur les services d'urgence et sur les unités d'hospitalisation. L'hospitalisation provisoire pédiatrique assume de par sa fonction de « tampon » entre services d'urgences et unités classiques, une fonction de plus en plus importante.

La banalisation des familles monoparentales ainsi que la disparition progressive des solidarités familiales élargies compliquent de plus en plus la situation de parents isolés contraints de suspendre leurs activités professionnelles pour rester, comme il leurs en est fait une obligation, au chevet de leur enfant hospitalisé. On comprendra dès lors, que l'hospitalisation provisoire pédiatrique, quand elle est possible, est une solution, de part sa durée réduite, d'une importance capitale pour les parents isolés qui sont de plus en plus nombreux.

Enfin, la diminution constante des lits en unités d'hospitalisation aggrave les difficultés des familles. Il faut se rappeler qu'en période d'épidémie (bronchiolite, grippe et gastro-entérite), qui voit se multiplier par quatre le nombre d'admissions aux urgences, les services n'ont d'autres choix que de faire hospitaliser leurs patients dans d'autres villes. On imagine aisément les désagréments et les difficultés que ces « extraditions médicales » occasionnent aux familles des jeunes patients. Cela étant d'autant plus regrettable que les épidémies reprises entre parenthèse sont les plus adaptées à une hospitalisation provisoire qui permettra à l'équipe soignante d'envisager un retour à domicile.

2.2.3 Injustice ?

L'unité d'observation des patients adultes est, comme nous l'avons remarqué précédemment, reconnue (hospitalisation provisoire), celles des mineurs ne l'est pas.

Les codes INAMI, sésame aux remboursements des soins et donc aux financements des unités, furent négociés essentiellement par des médecins cardiologues et font la part belle à la valorisation des actes techniques. En admettant le principe que l'art de guérir ne peut se réduire à ceux-ci, d'autant plus quand il s'agit de prodiguer des soins à des enfants qui exigent autant d'attention que de gestes médicaux ainsi que de temps consacré à l'observation des compétences des parents à traiter leurs enfants à domicile, on comprendra que l'unité d'observation pédiatrique est le parent pauvre de la médecine hospitalière contemporaine. Ceci étant dit sans même insister sur sa non-reconnaissance légale à laquelle on pourrait pallier par l'inventivité dans un environnement qui reconnaît le dialogue avec le patient et

sa famille comme étant ce qu'il est, de la médecine. Mais cet environnement économique bienveillant n'existe pas.

Le manque d'intérêt des « grands patrons », jusqu'à une époque relativement récente pour les services d'urgence a eu comme conséquence que ceux-ci ont été contraints de se battre pour faire reconnaître leur importance et pour dépasser leur statut initial de « sas d'entrée ». Aujourd'hui, les services d'urgence sont pleinement reconnus. Les projets d'unités d'observation pédiatriques doivent à leur tour se faire pleinement reconnaître.

Les autorités publiques, législatives et administratives, peuvent s'étonner de toute bonne foi, que les demandes des praticiens des unités d'hospitalisation provisoire pédiatriques n'aient pas été relayées, ou pas assez, par les directions administratives des hôpitaux. L'éventuel manquement de ce relais administratif est peut-être susceptible de porter préjudice à la force de la demande exprimée dans notre enquête par les équipes. On peut avancer l'hypothèse que cette absence d'exigence résulte du manque d'intérêt manifesté par le personnel de gestion pour des activités qui ne sont pas économiquement rentables. Ce qui, on l'aura compris, n'a rien à voir avec leur intérêt médical et humain.

2.2.4 Inventaire non exhaustif des besoins des unités d'observation pédiatriques.

Tenant compte des réserves émises en préambule quant' aux limites de cette enquête qualitative, il ressort que les besoins suivants permettraient s'ils étaient rencontrés de répondre aux besoins des unités d'hospitalisation provisoire pédiatrique :

- Reconnaissance légale et adaptation des codes INAMI
- Affectation de ressources humaines dédiées. Pour une unité de quatre lits, nos répondants considèrent avoir besoin d'une équipe de six travailleurs temps plein, dont un(e) infirmier(e) pédiatrique de nuit.
- Lits en lieu et place des brancards.
- Repas prévus pour les patients et le parent qui le garde comme dans une unité d'hospitalisation
- Un fauteuil « parent » par lit.

2.3 Visites de terrain à Lille et à Londres

Deux visites de terrain ont été réalisées à l'étranger, au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille et au Northwick Park Hospital de Londres. Ces centres hospitaliers ont été choisis parce qu'en Europe, ils ont été précurseurs dans la constitution des Unités d'Observation. Signalons encore que la taille de ces deux centres hospitaliers et leur mode d'organisation diffèrent sensiblement de ce qui est pratiqué habituellement en Belgique.

2.3.1 Lille [N. Seuryck]

Pour plus de détails concernant la visite, rendez-vous à l'annexe 7.

2.3.1.1 Les urgences pédiatriques et l'unité d'hospitalisation de courte durée pédiatrique

Avant l'arrivée aux urgences, les parents peuvent appeler la *régulation libérale*. Ce central d'appel prend en charge les communications téléphoniques en semaine de 18h00 à minuit et le samedi après-midi et le dimanche. Des généralistes, formés spécifiquement, orientent les patients le cas échéant vers les urgences.

Une fois arrivé à l'hôpital, le patient suit le trajet de prise en charge représenté à la Figure 8. Les patients pédiatriques représentent 30 % des consultations aux urgences soit 25.000 passages annuels pour l'hôpital Jeanne de Flandre. Seuls 20 % des urgences pédiatriques sont prises en charge à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Les missions et les affections traitées sont détaillées en annexe 6.

Les UHCD font partie intégrante des services d'accueil et de traitement des urgences (SATU) depuis 1991. La définition et missions des UHCD ont été précisées par la Société francophone de médecine d'urgence (SFMU) en 2001.

Les ressources humaines infirmières et médicales sont mutualisées entre les urgences pédiatriques et l'UHCD.

En journée

- 3 infirmières et 2 auxiliaires de puériculture
- 2 pédiatres
- 3 internes de dernière année en pédiatrie (se partagent entre les urgences et l'hospitalisation)

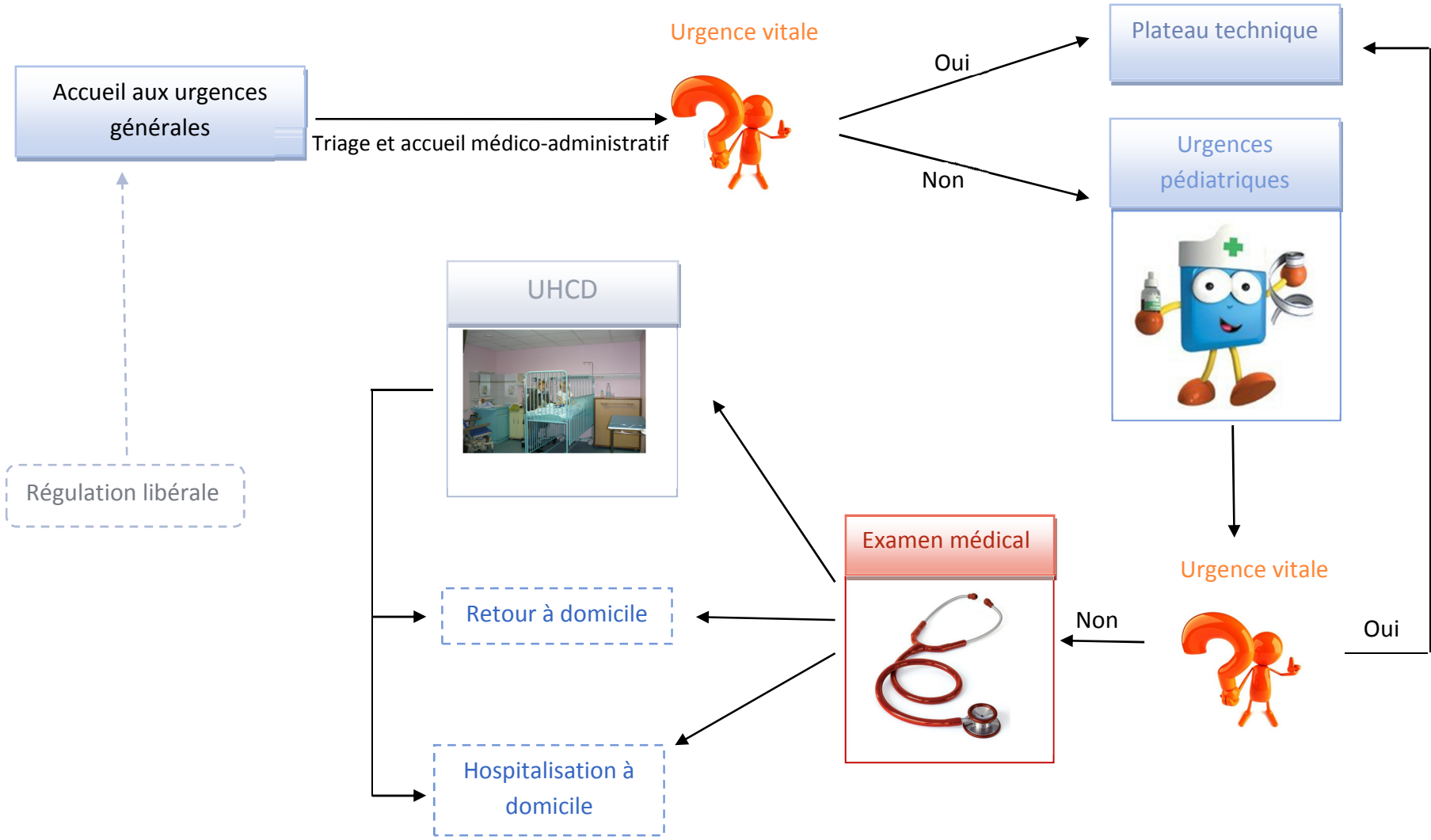
La nuit

- 2 infirmières et 1 auxiliaire de puériculture
- 1 pédiatre

- 3 internes de dernière année en pédiatrie (se partagent entre les urgences et l'hospitalisation)
- 1 interne en médecine générale de 18h00 à minuit (ils sont 3 au total)

L'équipe pédiatrique compte 4 ETP, dont 0,5 ETP par le service de réanimation, et 1 ETP pédiatre pour le temps universitaire. Trois internes en pédiatrie sont présents en permanence. Tous se partagent entre les urgences, l'UHCD et l'hospitalisation traditionnelle.

Figure 8 : Trajet du patient au CHRU de Lille



Les séjours en UHCD durent moins de 24 heures et doivent répondre aux critères suivants :

- le patient doit séjourner dans un lit ;
- il doit y avoir une feuille de surveillance infirmière avec prise régulières des paramètres ;
- la prise en charge doit durer plus de 4 heures (exception pour les patients transférés au service de réanimation)

En France, des contrôles sont effectués pour vérifier qu'il s'agit bien d'une HCD et non d'une consultation classique erronément qualifiée d'HCD. Les critères précités sont vérifiés a posteriori lors des contrôles. Il existe également des contrôles internes de qualité (qualité des dossiers, recueil des événements indésirables et des plaintes, etc.).

Le financement se fait sur base d'une enveloppe globale liée au nombre de passages aux urgences. Cette enveloppe est répartie entre les urgences adultes, pédiatriques et l'UHCD selon une clef de répartition issue de la comptabilité analytique. A cette enveloppe s'ajoute un financement par GHS (groupe homogène de séjour) spécifique à l'hospitalisation de courte durée (HCD).

Les utilisateurs sont en grande majorité satisfaits par l'HCD grâce à la communication soignants-parents et malgré, de temps à autre, un retour à domicile avec des symptômes non complètement disparus (remarque : 2 à 3 % des patients peuvent revenir à la suite d'une prise en charge en HCD). Le sentiment de mépris est le facteur d'insatisfaction principale, observé d'avantage dans les couches sociales défavorisées. Cette satisfaction est partagée par le personnel infirmier en dépit de la variété et de la densité d'activité, nécessitant une grande capacité d'adaptation et de réactivité.

2.3.1.2 L'hospitalisation de jour

L'unité d'hospitalisation de jour est un secteur identifié en unité fonctionnel.

Au CHRU de Lille, l'hôpital de jour chirurgical et médical font partie d'un même bâtiment.

Les équipes sont composées :

- des infirmières (responsable notamment des commandes de médicaments et du dossier de soins)
- des médecins (responsable du dossier de soins)
- du personnel administratif se compose :
 - o d'hôtesse responsables de la prise des rendez-vous et de l'accueil
 - o d'agents administratifs responsables du dossier administratif
- de psychologues (non affectés spécifiquement à ce service. Note : manque important de psychologues, d'orthophonistes et de kinésithérapeutes)

Le financement se fait également par le GHS. En privé, il y aussi, la possibilité de facturer des honoraires médicaux.

En hospitalisation de jour chirurgicale pédiatriques (16 lits au CHRU de Lille), le personnel se compose presque exclusivement d'anesthésistes et de chirurgiens qui ne s'occupent que d'enfants. La chirurgie ambulatoire se développe énormément.

Les patients pris en charge en hospitalisation de jour médicale souffrent essentiellement des pathologies relevant de l'hématologie, l'oncologie et la pneumologie.

2.3.2 Londres [N. Verhaeghe]

2.3.2.1 Inleiding

Dit deel bevat een korte samenvatting van het bezoek aan de pediatrische voorzieningen in het Northwick Park Hospital in Londen. Een meer uitgebreid verslag van dit bezoek is terug te vinden in bijlage 8.

2.3.2.2 Voorstelling van het ziekenhuis

Het 'Northwick Park Hospital' (NPH) situeert zich in het 'Brent and Harrow district' nabij Londen en maakt deel uit van de 'North West London Hospitals NHS Trust' waartoe, naast het NPH, ook het 'Central Middlesex Hospital' en het 'St Mark's Hospital' behoren. Elk jaar doen ongeveer een half miljoen mensen beroep op het ziekenhuis (opnames + consultaties).

2.3.2.3 Visie op de zorg voor kinderen

Er is een groot aantal kinderen dat onnodig in het ziekenhuis wordt aangemeld. Het betreft kinderen die door de huisarts zouden kunnen worden behandeld. Vanuit deze vaststelling is er in het 'Brent and Harrow district' op het niveau van de ziekenhuizen en huisartsenpraktijken een duidelijke visie dat er een nauwe samenwerking noodzakelijk is tussen de ziekenhuis- en de ambulante zorg. Hierbij dient aandacht te worden besteed aan verschillende domeinen: gezondheidszorg, educatie, welzijn. Om een kwaliteitsvolle zorgverlening te kunnen aanbieden is het realiseren van zorgpaden een vereiste.

2.3.2.4 Voorstelling van de pediatrische diensten/voorzieningen

- **Spoedafdeling**

Bij aankomst van het kind in het ziekenhuis gebeurt in eerste instantie een beoordeling door een verpleegkundige (eerste navigatie). Op basis van deze beoordeling wordt beslist naar welke locatie het kind vervolgens gaat:

- Reanimatie;
- Spoedafdeling voor volwassenen;

- Spoedafdeling voor kinderen (hier wordt het kind gezien door een kinder- of spoedarts);
- Urgent Care Centre (hier wordt het kind gezien door een GP).

Vervolgens gebeurt een tweede navigatie ter hoogte van de ingang van de spoedafdeling voor kinderen. Hier vindt een meer gedetailleerde evaluatie van het probleem plaats. Kinderen jonger dan 1 jaar of kinderen met “medische” problemen worden door een kinderarts gezien. Kinderen met verwondingen worden door een spoedarts gezien.

Indien blijkt dat een langer verblijf noodzakelijk is kan het kind ofwel naar de observatieruimte ofwel naar de kinderafdeling worden overgebracht.

- **The children’s observation area (COA)**

De COA bevindt zich net achter de spoedafdeling voor kinderen. In de COA zijn 6 bedden, waarvan 1 bed is voorzien voor kinderen bij wie isolatie nodig blijkt. In de COA gebeurt de behandeling en evaluatie van kinderen die langer dan 4 uur in het ziekenhuis dienen te verblijven. Doelstelling is dat kinderen niet langer dan 6 uur in deze unit blijven. In de praktijk is de verblijfsduur soms langer. Er is echter geen financiering voor overnachting op de COA voorzien.

- **De daghospitalisatie**

In het dagziekenhuis worden zowel kinderen met indicatie voor de medische als voor de chirurgische daghospitalisatie opgevangen. De afdeling beschikt over 8 bedden en is open van maandag tot en met vrijdag (9.00u. – 17.00u.). Kinderen die niet-gepland in het ziekenhuis terecht komen kunnen niet terecht op deze afdeling.

- **De kinderafdeling**

De kinderafdeling beschikt over 21 bedden (1-persoons en 4-persoonskamers). Er is mogelijkheid tot rooming-in. Er is een ruimte voorzien voor kinderen die geïsoleerd dienen te worden (4 bedden). De afdeling beschikt ook over een ruimte voor mineure behandelingen en over een observatieruimte (6 bedden). Dit betekent dat twee locaties zijn voorzien voor voorlopige hospitalisaties van kinderen. Er is een “Observation Unit” nabij de spoedafdeling voor kinderen en een “Observation Bay” die geïntegreerd is op de kinderafdeling.

De gemiddelde bezettingsgraad van de kinderafdeling bedraagt ongeveer 100% (Observation Bay niet inbegrepen). Kinderen dienen soms naar andere ziekenhuizen te worden doorverwezen, wegens overbezetting van de kinderafdeling.

2.3.2.5 Kwantitatieve gegevens

Jaarlijks melden zich tussen de 100.000 en 110.000 personen aan op de spoedafdeling. 25% van de aanmeldingen betreft kinderen (25.000- 27.500). In **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** wordt een overzicht gegeven van de bestemming van de kinderen die toekomen op de spoedafdeling.

Tableau 7 : Bestemming van de kinderen na aanmelding op de spoedafdeling

Bestemming	Percentage
Naar huis na behandeling op de spoedafdeling	85% (21250-23400)
Verwezen naar de "Observation Unit"	10% (2500-2750)
Verwezen naar de kinderafdeling	5% (1250-1400)

Uit **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** blijkt dat 85% van de aangemelde kinderen binnen de vier uur na aankomst op de spoedafdeling terug naar huis kan, 10 % wordt doorverwezen naar de "Observation Unit" en 5% naar de kinderafdeling in het kader van de klassieke hospitalisatie.

Tableau 8 : Verblijfsduur in de "Observation Unit"

Verblijfsduur	percentage
6 à 8 uur	90%
<6 uur of >8 uur	10%

Als we de verblijfsduur van de kinderen die naar de "Observation Unit" worden doorverwezen van naderbij bekijken (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**), stellen we vast dat 90% van de kinderen er tussen de 6 en 8 uur verblijft. 10 % verblijft ofwel minder dan 6 uur (beperkt aantal), ofwel meer dan 8 uur op de "Observation Unit".

- In both hospitals, there is a separate Children's Accident & Emergency Department, with an 'observation unit' nearby (London) or integrated into (Lille) the A&E services;
- In both hospitals at least 25.000 children enter the A & E Dept each year. The average occupancy rate of the children's department is very high, in London almost 100 %.
- Criteria for the "Unité d'hospitalisation de courte durée" (Lille):
 - the patient requires a bed ;
 - regular check of parameters (registration);
 - a stay of more than four hours is required (except for patients referred to resuscitation).
- Criteria for the children's observation area (London):
 - The length of stay of unplanned arrivals of children in the hospital is expected to between 6 and 8 hours.
- In both hospitals, the one-day facilities for children consist of a separate unit apart from other facilities for children or adults.

3 ETUDE MULTICENTRIQUE

3.1 Visite de terrain dans les hôpitaux-pilotes

3.1.1 De huidige organisatie van de zorg voor kinderen in het ziekenhuis

3.1.1.1 De huidige organisatie volgens type van activiteit

In **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** wordt een overzicht gegeven van de verschillende soorten activiteiten betreffende de zorg voor kinderen in de pilootziekenhuizen. Het betreft de “spoedafdeling”, de “consultaties”, de “medische daghospitalisatie”, de “chirurgische daghospitalisatie” en de “kinderafdeling”.

Per soort van activiteit worden vervolgens een aantal reflecties weergegeven die werden genoteerd tijdens het bezoek aan de verschillende ziekenhuizen.

Tijdens het bezoek werden ook reflecties verzameld over de mate waarin en de wijze waarop voorlopige hospitalisatie voorkomt in het ziekenhuis.

Tableau 9 : De organisatie van de zorg voor kinderen in de pilootziekenhuizen

	UZ Leuven	AZ Sint-Lucas	AZ Jessa
Spoedafdeling	gemengd kinderen en volwassenen afzonderlijke zone voor kinderen	gemengd kinderen en volwassenen 2 boxen voor kinderen	gemengd kinderen en volwassenen afzonderlijke zone voor kinderen
Consultaties	enkel op afspraak	enkel op afspraak	enkel op afspraak
Medische daghospitalisatie	afzonderlijke unit voor kinderen (15 plaatsen)	ingebod op de kinderafdeling	ingebod op de kinderafdeling
Chirurgische daghospitalisatie	gemengd kinderen en volwassenen	gemengd kinderen en volwassenen	<u>campus "Salvator"</u> afzonderlijke unit voor kinderen <u>campus "Virga Jesse"</u> ingebod op de kinderafdeling
Kinderafdeling	ja	ja	ja

Tableau 9: De organisatie van de zorg voor kinderen in de pilootziekenhuizen (vervolg)

	AZ Maria Middelaes	AZ Jan Yperman	GZA Wilrijk
Spoedafdeling	gemengd kinderen en volwassenen afzonderlijke box voor kinderen	gemengd kinderen en volwassenen afzonderlijke box voor kinderen	<u>Campus Sint-Augustinus</u> gemengd kinderen en volwassenen afzonderlijke box voor kinderen <u>Campus Sint-Vincentius</u> gemengd kinderen en volwassenen afzonderlijke box voor kinderen
Consultaties	enkel op afspraak	enkel op afspraak	enkel op afspraak
Medische daghospitalisatie	ingebod op de kinderafdeling	ingebod op de kinderafdeling	<u>Campus Sint-Augustinus</u> gemengd kinderen en volwassenen (MAAR: in de praktijk worden deze kinderen meestal opgenomen op de kinderafdeling) <u>Campus Sint-Vincentius</u> ingebod op de kinderafdeling
Chirurgische daghospitalisatie	gemengd kinderen en volwassenen (afzonderlijk lokaal voor 5 à 6 kinderen)	ingebod op de kinderafdeling	<u>Campus Sint-Augustinus</u> gemengd kinderen en volwassenen <u>Campus Sint-Vincentius</u> gemengd kinderen en volwassenen
Kinderafdeling	ja	ja	<u>Campus Sint-Augustinus</u> ja <u>Campus Sint-Vincentius</u> ja

Tableau 9: De organisatie van de zorg voor kinderen in de pilootziekenhuizen (vervolg)

	Clinique Ste-Elisabeth	CHU Tivoli	CHU St-Pierre
Spoedafdeling	gemengd kinderen en volwassenen	gemengd kinderen en volwassenen afzonderlijke box voor kinderen	afzonderlijke afdeling voor kinderen
Consultaties	zowel op als zonder afspraak	zowel op als zonder afspraak	zowel op als zonder afspraak
Medische daghospitalisatie	ingebod op de kinderafdeling	ingebod op de kinderafdeling / soms op de chirurgische daghospitalisatie	ingebod op de kinderafdeling
Chirurgische daghospitalisatie	gemengd kinderen en volwassenen	gemengd kinderen en volwassenen	gemengd kinderen en volwassenen / soms op de kinderafdeling
Kinderafdeling	ja	ja	ja

	CH des Ardennes Libramont	CHR Citadelle de Liège	CU St-Luc
Spoedafdeling	gemengd kinderen en volwassenen afzonderlijke box voor kinderen	afzonderlijke afdeling voor kinderen	
Consultaties	enkel op afspraak	zowel op als zonder afspraak	
Medische daghospitalisatie	ingebod op de kinderafdeling	afzonderlijke unit voor kinderen (10 bedden)	
Chirurgische daghospitalisatie	ingebod op de kinderafdeling	gemengd kinderen en volwassenen	
Kinderafdeling	Ja	ja	

3.1.1.2 Vaststellingen in verband met de organisatie van de zorg voor kinderen in de pilootziekenhuizen

- **Spoedafdeling:**
 - Uit **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** blijkt dat kinderen die op de spoedafdeling worden aangemeld in 9 van de 12 ziekenhuizen in eerste instantie op een gemengde spoedafdeling voor volwassenen en kinderen terecht komen. In de ziekenhuizen Saint-Pierre en Citadelle komt het kind onmiddellijk op een afzonderlijke spoedafdeling voor kinderen terecht. Op elke spoedafdeling (behalve in Ste-Elisabeth) zijn 1 of meerdere boxen voor kinderen voorzien. Afhankelijk van de ernst van de pathologie en bij grote drukte kunnen kinderen ook in een box voor volwassenen verblijven en niet in een zone of box voorbehouden voor kinderen. In 3 ziekenhuizen (UZ Leuven, AZ Jessa en Saint-Pierre) is een afzonderlijke zone voor kinderen voorzien.
 - Kinderen met traumata worden niet systematisch door een kinderarts gezien.
 - De visie heerst dat kinderen die dienen te worden opgenomen zo snel mogelijk naar een aangepaste setting voor kinderen moeten kunnen worden overgebracht. Deze kinderen worden ofwel rechtstreeks op de kinderafdeling opgenomen ofwel worden ze naar de consultaties doorverwezen en van daaruit, zo nodig, vervolgens opgenomen op de kinderafdeling.
 - Uit de verslagen blijkt dat in alle Nederlandstalige ziekenhuizen er, bij de aanmelding van het kind op de spoedafdeling, in eerste instantie een “triage” gebeurt. Afhankelijk van de indicatie/probleem wordt dan beslist naar welke locatie het kind wordt doorverwezen. In de Franstalige ziekenhuizen blijkt dit minder gebruikelijk te zijn.

- **Consultaties:**
 - In de 6 Vlaamse ziekenhuizen zijn enkel consultaties op afspraak mogelijk. In de 2 Franstalige ziekenhuizen zijn ook consultaties zonder afspraak mogelijk. Er wordt echter door verschillende zorgverleners in de Nederlandstalige ziekenhuizen aangegeven dat de spoed vaak als “vrije consultatie” wordt gebruikt.
 - Kinderen die in de Vlaamse ziekenhuizen zonder afspraak op de consultatie worden aangemeld worden vaak doorverwezen naar de spoedafdeling of er wordt hen gevraagd een afspraak te maken.

- **Medische daghospitalisatie:**
 - Uit tabel 1 blijkt dat de medische daghospitalisatie voor kinderen in 9 ziekenhuizen is ingebed op de kinderafdeling (GZA Wilrijk: enkel campus Sint-Vincentius). In UZ Leuven en CHR Citadelle is er een afzonderlijke unit voor kinderen en in GZA Wilrijk, campus Sint-Augustinus is een gemengde afdeling (volwassenen en kinderen) voor medische daghospitalisatie. In het CHU Tivoli verblijven kinderen, die zijn aangemeld voor de medische daghospitalisatie, soms op de chirurgische daghospitalisatie (afhankelijk van de medische indicatie).
 - Er werden door de zorgverleners verschillende voor- en nadelen opgesomd van het ingebed zijn van de medische daghospitalisatie op de kinderafdeling. Voordelen zijn o.a. het feit dat het kind in een kindvriendelijke omgeving terecht komt waarbij het beroep kan doen op de expertise van het pediatrisch verplegend en verzorgend personeel. Verder is er ook geen ont dubbeling van de infrastructuur nodig (o.a. hotelfaciliteiten, administratie, materiaal). Nadelen zijn dan weer dat deze kinderen in contact kunnen komen met kinderen met infecties. Deze organisatiestructuur zorgt voor extra belasting voor het verzorgend en verplegend personeel (er is geen erkenning voor de daghospitalisatie, maar de verpleegkundigen nemen ook de opvang en zorg voor deze groep kinderen op zich).
- **Chirurgische daghospitalisatie:**
 - Er is een grote verscheidenheid wat de organisatie van de chirurgische daghospitalisatie voor kinderen betreft (ingebed op de kinderafdeling, afzonderlijke unit voor kinderen, gemengde afdeling kinderen en volwassenen).
 - Bij capaciteitsproblemen in de chirurgische daghospitalisatie kan het gebeuren dat kinderen met een indicatie voor de chirurgische daghospitalisatie op de kinderafdeling worden opgenomen.
- **Kinderafdeling:**
 - Op elke kinderafdeling is er mogelijkheid tot rooming in.

3.1.1.3 Reflecties met betrekking tot de “voorlopige hospitalisatie” en het verstrekken van ambulante verstrekkingen

In **Erreur! Source du renvoi introuvable.** wordt een overzicht gegeven waar kinderen, die in het kader van de voorlopige hospitalisatie in het ziekenhuis aanwezig zijn, doorgaans verblijven.

Tableau 10 : Locaties waar kinderen in het kader van de voorlopige hospitalisatie verblijven

ZIEKENHUIS	LOCATIE
UZ Leuven	spoedafdeling / kinderafdeling / consultatie / Medische daghospitalisatie
AZ Sint-Lucas	doorgaans op de kinderafdeling
GZA Wilrijk	doorgaans op de consultatie
AZ Jan Yperman	doorgaans op de kinderafdeling
AZ Maria Middelaes	doorgaans op de kinderafdeling
AZ Jessa	komt niet voor
Clinique Ste-Elisabeth	consultatie / kinderafdeling
CHU Tivoli	spoedafdeling / kinderafdeling
Hôpital ST Pierre	spoedafdeling
CH des Ardennes	komt niet voor
CHR Citadelle de Liège	spoedafdeling voor kinderen

Uit Tabel 10 blijkt dat kinderen, in het kader van de voorlopige hospitalisatie, doorgaans op 1 van de reguliere afdelingen verblijven. Zij worden doorgaans eerst door een spoedarts gezien. Ze worden niet systematisch gezien door een kinderarts op een spoedafdeling. Zo blijkt dat ze niet onmiddellijk naar huis kunnen zullen ze meestal naar een kinderafdeling gestuurd worden om het medisch en verpleegkundig beleid daar voort te zetten. Bij het onderdeel “beleidsgerichte vragen” wordt verder beschreven welke praktische en organisatorische problemen dit met zich meebrengt.

In het AZ Jessa werd gemeld dat er in principe geen kinderen in het kader van de voorlopige hospitalisatie zoals omschreven in het zorgprogramma (= verblijf in het ziekenhuis > 4 uur maar < 24 uur). Doorgaans wordt binnen de 2 uur na de aanmelding van het kind in het ziekenhuis beslist of er al dan niet een opname noodzakelijk is. Ook in het CH des Ardennes komt voorlopige hospitalisatie niet voor (vooral omwille van geografische redenen).

In Tableau 11 wordt een opsomming gegeven van de gerapporteerde redenen voor verblijf in het kader van de voorlopige hospitalisatie.

Tableau 11 : Gerapporteerde redenen/indicaties tot voorlopige hospitalisatie

REDENEN/INDICATIES

Medische redenen

Toedienen van een behandeling

Herevaluatie

Plaatsgebrek op de kinderafdeling (eerder uitzonderlijk en enkel in de winterperiode);

Eerste reactie op een behandeling observeren;

Medisch-technische onderzoeken (CT, EEG, gastroscopie, endoscopie...)

Wachten op de resultaten van onderzoek

3.1.1.4 Gehanteerde leeftijdsgrenzen

In elk ziekenhuis werd gevraagd welke leeftijdsgrenzen er worden gehanteerd bij de organisatie van de zorg voor kinderen. In UZ Leuven, GZA, Clinique Ste Elisabeth en ST Pierre worden kinderen t.e.m. de leeftijd van 16 jaar op de kinderafdeling opgenomen. In de andere ziekenhuizen ligt de leeftijdsgrens op 15 jaar. Door het CHU Tivoli werd enkel aangegeven dat “soms kinderen tot 18 jaar” kunnen worden opgenomen. Elk ziekenhuis gaf aan dat gekende kinderen met een chronische pathologie (>16 jaar) ook nog door een kinderarts konden worden gezien en op de kinderafdeling konden worden opgenomen.

3.1.2 BELEIDSGERICHTTE VRAGEN

3.1.2.1 Inleiding

Tijdens de field visits werd aan elk ziekenhuis een vragenlijst bezorgd met een aantal vragen in verband met:

- maatregelen op het vlak van de organisatie van de zorg voor kort verblijvende kinderen in het ziekenhuis;
- problemen inzake onderfinanciering (honoraria en niet-honoraria);
- erkenningsnormen voor de medische daghospitalisatie en observatie (zie bijlage);
- oneigenlijk gebruik van de spoedafdeling.

Hierna volgen een aantal algemene reflecties betreffende de verschillende items.

3.1.2.2 Algemene reflecties inzake de beleidsgerichte vragen

De voornaamste maatregelen/vaststellingen op het vlak van de organisatie van de zorg van korte duur voor kinderen

- Er is een groep kinderen dat in het ziekenhuis wordt aangemeld waarbij niet onmiddellijk wordt besloten tot opname (bijvoorbeeld: afwachten van de resultaten van onderzoek). Deze kinderen verblijven in het ziekenhuis in het kader van de voorlopige hospitalisatie. Afhankelijk van de drukte en/of medische indicatie blijven ze op de spoedafdeling of op de consultatie of worden ze doorverwezen naar de kinderafdeling. Deze kinderen werd door een aantal zorgverleners omschreven als “rondzwervende” kinderen doorheen het ziekenhuis.

Wanneer deze kinderen op de kinderafdeling terechtkomen zorgt dit voor extra werkbelasting (zeker als de medische daghospitalisatie zich ook binnen de kinderafdeling situeert). Deze kinderen behoeven niet altijd een bed waardoor ze niet worden meegerekend bij de bezettingsgraad van de kinderafdeling. Dit betekent echter wel extra werklast voor het personeel op de kinderafdeling. Anders gesteld: de voorlopige hospitalisatie verstoort de werking van de klassieke pediatrie activiteit.

Er wordt aangegeven dat er nood is aan een “ruimte voor kort verblijf” (kindgerichte opvangruimte), die zich bij voorkeur in de nabijheid van de kinderafdeling bevindt waardoor het flexibel inzetten van personeel en materiaal mogelijk is.

- Er werd aangegeven dat 1/5 van het aantal aanmeldingen op de spoedafdeling (algemeen voor de ziekenhuizen in België) kinderen betreft. Er is dus nood aan specifieke erkenningsnormen betreffende de zorg voor kinderen op de spoedafdeling (bv.: afzonderlijke ruimte, inclusie van pediatrie verpleegkundigen in de bestaffing op de spoedafdeling).
- Maatschappelijke tendens/vaststelling: Kinderen worden in de weekdagen vaak na 18 uur en/of in het weekend op de spoedafdeling aangemeld. Vaak leeft bij ouders een verwachtingspatroon dat kinderen die 's nachts op de spoed worden aangemeld minstens tot de volgende ochtend kunnen blijven (komt bijvoorbeeld vaak voor bij éénouder gezinnen)

Nieuwe erkenningsnormen voor de medische daghospitalisatie?

- Algemeen werd gesteld dat er nood is aan erkenningsnormen voor de medische daghospitalisatie. Belangrijk is echter dat deze zo worden gesteld dat er geen gevaar is dat alleen grotere ziekenhuizen hieraan (soms met moeite) zullen kunnen voldoen en dat de kleinere ziekenhuizen dit belangrijk deel van hun zorg voor kinderen zouden kwijtspelen.
- Het uitvaardigen van nieuwe erkenningsnormen is enkel aanvaardbaar als een adequate financiering voor de uitvoering ervan wordt voorzien.

Nieuwe erkenningsnormen voor de voorlopige hospitalisatie

- De meeste ziekenhuizen gaven aan dat dit minder prioritair wordt ervaren dan aparte erkenningsnormen voor medische daghospitalisatie voor kinderen. Dit neemt niet weg dat ook voor de voorlopige hospitalisatie best wetgevende initiatieven genomen worden. De huidige bepaling van de “voorlopige hospitalisatie” in het zorgprogramma voor kinderen als “een observatie van meer dan 4 uur en minder dan 24 uur” wordt als ongelukkig ervaren. Vooral het feit dat de minimum duurtijd 4 uur dient te bedragen geniet weinig bijval.

Voorbeelden van onderfinanciering (exclusief honoraria)

- Er wordt onvoldoende rekening gehouden met de intensiteit van de zorg voor kinderen (bv.: voor een bloedafname zijn doorgaans 2 verpleegkundigen nodig, voedingsmomenten, rooming in vraagt veel tijd om informatie te verstrekken).
- Er is een onderfinanciering op vlak van de spelbegeleiding en de psychosociale omkadering
- Er is geen financiering voorzien voor kinderen in voorlopige hospitalisatie, maar deze groep vergt wel een significante tijdsinvestering.

Voorbeelden van onderfinanciering (honoraria)

- Het aspect “tijd” wordt niet gehonoreerd. Veel tijd wordt besteed aan communicatie met het kind, ouders.
Er werd ook aangegeven dat zorgverleners vaak telefonisch worden gecontacteerd.
- Multidisciplinariteit van de honoraria: bij een kind dat bijvoorbeeld door meerdere specialisten is gezien kan slechts tweemaal een honorarium worden aangerekend.
Op de spoedafdeling doet zich vaak het probleem voor dat kinderen in eerste instantie door een spoedarts worden gezien die enkel de triage doet

op basis van een rudimentair onderzoek. Vaak worden bij niet-chirurgische problemen de kinderarts bijgeroepen die de eigenlijk diagnose stelt en een behandeling opstart en dus de volledige verantwoordelijkheid voor het kind draagt. Deze werkwijze maakt dat indien een pediater zelf de eerste opvang doet van een kindje op spoed, kan hij/zij het A-honorarium aanrekenen. Indien een kinderarts in consult wordt bijgeroepen nadat een spoedarts de eerste opvang gedaan heeft, kan de spoedarts het A-honorarium aanrekenen en de kinderarts het C-honorarium. Het is vaak deze laatste werkwijze die gehanteerd wordt. Dit leidt tot overconsumptie van RIZIV-gelden ten voordele van de spoeddiensten zonder enige verbetering in zorg voor kinderen en tot demotivatie van kinderarts van wacht

- Bij chirurgisch gehospitaliseerde kinderen zijn slechts twee consulten mogelijk, terwijl de kinderarts meestal de vocht- en pijntherapie regelt, er wordt bijgeroepen bij problemen en vaak de communicatie met de ouders op zich neemt.
- Toezicht op E-dienst eerste dagen: door de steeds korte ligduur verhoogt de werkdruk (diagnosestelling, behandeling, communicatie met de ouders, contacten met andere zorgverleners). Er wordt voorgesteld om 1 opnamehonorarium te voorzien dat voldoende hoog is en waarin alles inbegrepen is.
- De pediatische zorgverlening omvat heel wat disciplines, zowel op het vlak van geneeskunde als op het vlak van chirurgie. Dit impliceert dat de kennis en ervaring van een pediatisch verpleegkundige enorm breed dient te zijn. Door het feit dat de patiëntenpopulatie varieert tussen 0 en 15 à 16 jaar betekent dit dat onderzoeken, behandelingen,... steeds opnieuw dienen te worden afgestemd op de leeftijd van het kind. Er is dan ook nood aan een honorering van verpleegkundigen consulten
- Gebrek aan een wachtvergoeding
- Gebrek aan een toezichtshonorarium voor de medische daghospitalisatie
- Gebrek aan een adequate financiering voor specifieke doelgroepen/zorgverlening: palliatieve zorg, verblijf van kinderen met multiple handicap op de kinderafdeling.

Oneigenlijk gebruik van de spoedafdeling

Het oneigenlijk gebruik van de spoedafdeling door ouders met hun kind betreft een delicate problematiek. Er is vaak een groot verschil tussen de perceptie van de ouders en de vaststellingen door de zorgverlener. Ouders zijn vaak niet in staat de ernst van een gezondheidsprobleem bij hun kind in te schatten.

Er werden toch een aantal mogelijke oorzaken aangehaald die oneigenlijk gebruik van de spoedafdeling in de hand kunnen werken:

- Mensen zonder huisarts of onzekerheid over het tijdstip wanneer de huisarts langskomt/onbereikbaarheid van de eerste lijnzorgverlening. Op de spoedafdeling is er onmiddellijke zorgverlening (bij de ouders is de perceptie dat op de spoedafdeling altijd iemand bereikbaar is; Laagdrempeligheid van de spoedafdeling: de spoed wordt soms als een soort van “vrije consultatie” beschouwd;
- Financieel gezien is het interessanter om naar de spoedafdeling te komen. De factuur volgt pas later, terwijl een consultatie bij de huisarts onmiddellijk dient te worden betaald ;
- Een deel van het publiek komt uit gewoonte naar de spoed;
- Ouders in echtscheiding komen sneller naar de spoed uit schrik dat de andere partner hen zou beschuldigen niet goed voor het kind te hebben gezorgd.

3.1.3 KEYPOINTS

- Nood aan een soort van kindgerichte opvangruimte waar kinderen die in het ziekenhuis verblijven in het kader van de voorlopige hospitalisatie kunnen verblijven, onder toezicht van een kinderarts en kinderverpleegkundige. De visie hoe en waar dit dient te worden georganiseerd verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis.
- Er is een consensus dat kinderen die op de spoedafdeling worden aangemeld zo vlug mogelijk naar een kindaangepaste omgeving dienen te worden overgebracht.
- Op het vlak van de honorering worden een aantal suggesties aangegeven:
 - Toezichtshonorarium voor de medische daghospitalisatie;
 - Wachtvergoeding;
 - Honorering van het aspect tijd;
 - Honorering van de verpleegkundige expertise;
 - Multidisciplinariteit van de honoraria.
- Organisatie van de zorg:
 - Een afzonderlijke afdeling voor medische (en chirurgische) daghospitalisatie voor kinderen die bij voorkeur dichtbij de kinderafdeling is gesitueerd waardoor het flexibel inzetten van mensen en middelen mogelijk is.

3.2 Etude de l'activité des « courts séjours » pédiatriques en Belgique : Analyse des données d'enquêtes dans les 12 hôpitaux pilotes

L'analyse de l'activité des « courts séjours » pédiatriques, au sens large, a été menée auprès d'un échantillon d'hôpitaux belges issus des trois régions flamande, wallonne et de Bruxelles-capitale. Trois enquêtes ont été réalisées, chacune auprès des 12 hôpitaux participants, dans les trois pôles d'activité de ce secteur pédiatrique : à savoir les hospitalisations de jour pédiatriques non chirurgicales (soit médicales), les hospitalisations de jour pédiatriques chirurgicales et les urgences pédiatriques.

Nous présentons dans cette partie du rapport les résultats de l'analyse descriptive des données d'enquêtes quant à la nature et au volume des activités observées dans ces trois pôles d'activités, mais également quant aux spécificités des patientèles et à leur parcours de soins.

Cette étude vise particulièrement à mieux appréhender l'organisation et le fonctionnement des activités pédiatriques de court séjour. En ce sens, elle a contribué à la réflexion sur les objectifs globaux du projet de recherche et a permis la formulation de recommandations politiques pour une organisation optimale et un financement adapté aux spécificités de ce secteur.

Ce chapitre est structuré en quatre sections portant d'une part, sur la description générale de la population d'étude et d'autre part, sur l'analyse respective des différents pôles d'activités du secteur pédiatrique de court séjour. Trois sections sont donc consacrées à l'analyse spécifique de chacun de ces pôles, les résultats y sont présentés de la manière suivante :

- tout d'abord, une brève introduction rappelant les critères d'inclusion des patients dans l'enquête concernée,
- ensuite, une présentation du profil des usagers de ces services (âge, sexe, BIM, etc.),
- après, une description du volume et de la nature des activités observées dans ces services (effectifs, pathologies et indications prises en charge),
- par la suite, les contextes spécifiques aux pôles relatifs aux séjours des patients (flux des patients, durées des séjours, etc.)
- et enfin les caractéristiques spécifiques liées au mode de prise en charge dans ces différents services (type de prise en charge, organisation, suivi des patients).

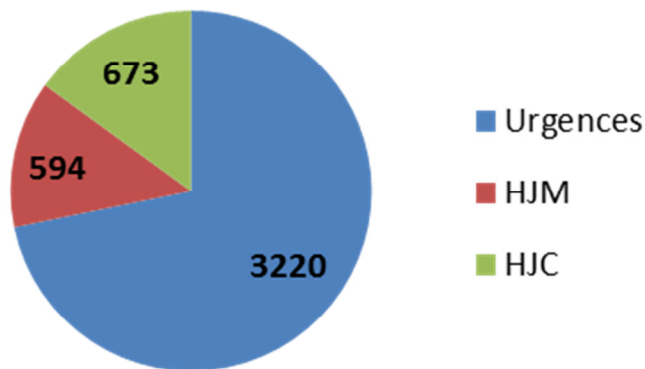
A la fin de chacune de ces sections relatives aux pôles d'activités étudiés, une synthèse des principaux éléments clés issus de l'enquête auprès des 12 hôpitaux pilotes est proposée dans un encadré.

3.2.1 Description de la population d'étude pour les trois pôles

3.2.1.1 Taille des effectifs observés

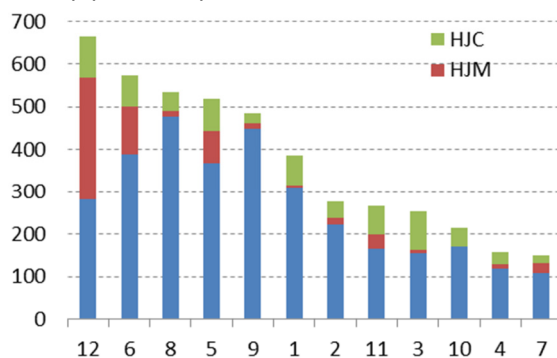
Au total, pour les 12 hôpitaux participants, 4487 patients ont été inclus dans l'étude. Ces patients se répartissent comme suit entre les trois pôles d'activités étudiés : 71.8% (soit 3220 patients) aux urgences pédiatriques, 15% (soit 673 patients) en hospitalisations de jour chirurgicales (HJC) et 13.2% (soit 594 patients) en hospitalisations de jour médicales (HJM) (Figure 9).

Figure 9 : Effectifs de patients selon les pôles (N=4487)



Tout pôle d'activité confondu, les hôpitaux ont accueilli entre 150 et 660 patients durant la période d'enquête (Figure 10). Notons que dans l'échantillon HJM, 80% des hospitalisations de jour proviennent de 3 hôpitaux seulement. Dans les autres pôles d'activités les volumes d'observations sont relativement plus réguliers entre les hôpitaux.

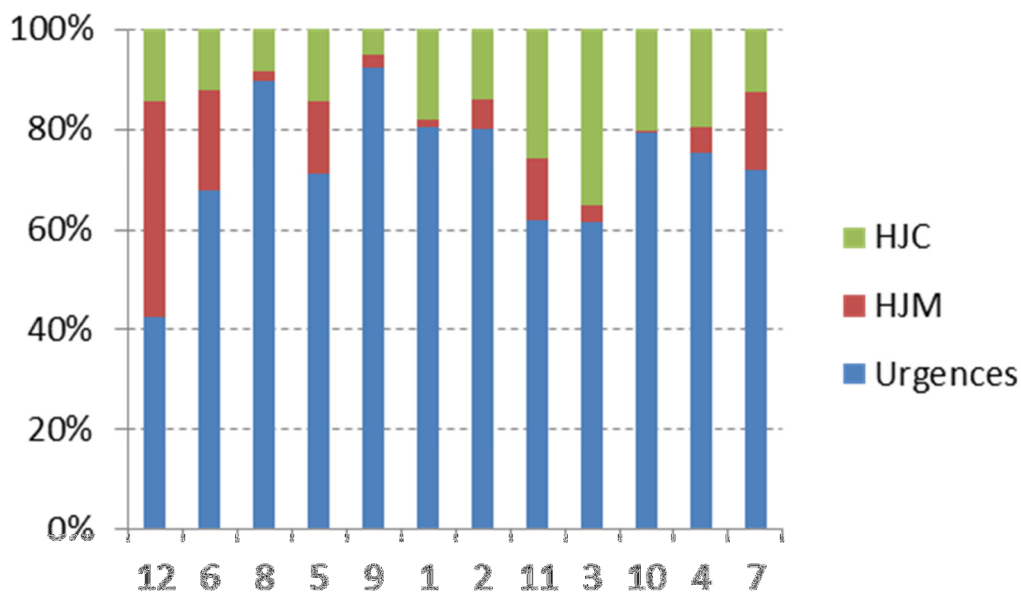
Figure 10 : Effectifs de patients selon les hôpitaux (par ordre décroissant de l'effectif total) (N=4487)



La figure ci-dessous présente la répartition des effectifs de patients, au sein des hôpitaux, entre les trois pôles d'activités étudiés (Pour tous, la part des urgences est importante. Les parts respectives de patients HJC et HJM diffèrent fortement selon les hôpitaux.

Figure 11). Pour tous, la part des urgences est importante. Les parts respectives de patients HJC et HJM diffèrent fortement selon les hôpitaux.

Figure 11 : Part des effectifs de patients entre les 3 pôles selon les hôpitaux (par ordre décroissant de l'effectif total) (N=4487)



3.2.1.2 Profil général des usagers des trois pôles d'activités étudiés

- Nous présentons ci-dessous (Tout d'abord, environ 90% des parents des patients sont sous le régime général (soit salarié et non-indépendant). Il n'y a pas de différence significative entre les pôles pour ce point.
- Ensuite, le pourcentage de parents invalides est relativement plus élevé en HJM où il s'élève à 5.19% par rapport aux autres pôles.
- Et enfin, le dernier chiffre du code CT1 donne une bonne indication quant à la mise en marche de la solidarité (et indirectement une mesure du poids du coût des soins de santé dans le revenu des parents). Aux urgences et en HJC, le taux de parents ayant droit à une intervention majorée est d'environ 17%. Ce taux passe à 43% en HJM, ce qui indique l'utilisation de ce type de service par une population sensiblement différente. Pour rappel, c'est habituellement au même moment que la période d'enquête que le mécanisme du maximum à facturer (MAF) s'active. Les patients pour lesquels le plafond du MAF a été atteint rentrent dans cette catégorie de bénéficiaires (Tableau 12) le profil général des patients vus aux urgences ou

en hospitalisations de jour. Selon le pôle étudié, l'âge médian oscille entre 3 ans et 4 mois (aux urgences) et 7 ans (en HJM). Les patients de sexe masculin sont surreprésentés par rapport aux filles et ce dans les 3 pôles. En effet, le pourcentage de filles est partout inférieur à la moitié jusqu'à 40% de la population en HJC.

L'analyse du code CT1 des parents des patients pédiatriques, code composé de 3 chiffres, nous informe sur les trois éléments suivants :

- Tout d'abord, environ 90% des parents des patients sont sous le régime général (soit salarié et non-indépendant). Il n'y a pas de différence significative entre les pôles pour ce point.
- Ensuite, le pourcentage de parents invalides est relativement plus élevé en HJM où il s'élève à 5.19% par rapport aux autres pôles.
- Et enfin, le dernier chiffre du code CT1 donne une bonne indication quant à la mise en marche de la solidarité (et indirectement une mesure du poids du coût des soins de santé dans le revenu des parents). Aux urgences et en HJC, le taux de parents ayant droit à une intervention majorée est d'environ 17%. Ce taux passe à 43% en HJM, ce qui indique l'utilisation de ce type de service par une population sensiblement différente. Pour rappel, c'est habituellement au même moment que la période d'enquête que le mécanisme du maximum à facturer (MAF) s'active. Les patients pour lesquels le plafond du MAF a été atteint rentrent dans cette catégorie de bénéficiaires.

Tableau 12 : Description de la population d'étude selon le pôle

	Urgences	HJM	HJC
Age médian (années)	3.3	6.98	4.7
(IQR ²⁵)	(1.2 - 9.1)	(3.2 - 11.96)	(2.8 - 8)
% de filles parmi patients	46.7%	46%	40%
Moyenne d'enfants par famille	1.5	1.7	1.5
% Parents sous régime général [CT1a=1]	92.3% (N ²⁶ =1945)	92.2% (N=385)	89.9% (N=494)
% Parents invalides [CT1b=2]	3.7% (N=1932)	5.2% (N=385)	2.4% (N=494)
Précarité : % Avec droit sur intervention majorée [CT1c=1]	16.6% (N=1931)	43.9% (N=385)	16.4% (N=494)

Ces différentes données relatives au profil des usagers seront reprises plus loin et analysées de manière spécifique dans chacun des trois pôles d'activités étudiés.

Nous présentons dans les 3 sections qui suivent, respectivement les analyses de l'activité en hospitalisation de jour médicale (HJM), en hospitalisation de jour chirurgicale (HJC) et aux urgences pédiatriques.

3.2.2 Analyse des hospitalisations de jour non chirurgicales (soit médicales) (HJM)

3.2.2.1 Rappel du contexte de l'enquête

Au total, 592 patients ont été inclus dans cette enquête. Pour rappel, l'hospitalisation de jour non chirurgicale (AR du 10 Février 2008) *fait partie, sur les plans organisationnel et fonctionnel, d'un hôpital général et se trouve sur le site de ce dernier où sont effectués des actes diagnostiques et thérapeutiques non chirurgicaux planifiés, sans nuitée.*

²⁵ IQR : Interquartile Range = Ecart interquartile (1^{er} quartile - 3^{ième} quartile)

²⁶ N : taille de la population d'étude

Tous les patients pédiatriques se présentant pour une prise en charge programmée non chirurgicale ne nécessitant pas une nuitée, indépendamment de l'endroit où l'enfant est hospitalisé ont été inclus dans l'étude.

3.2.2.2 Spécificités de la patientèle

Age et sexe des patients

En HJM, l'âge médian de la population étudiée est de presque 7 ans (IQR²⁷ : 3.16/11.96 ans). Le plus jeune patient admis en HJM avait 6 jours et le plus âgé près de 19 ans. Nous présentons ci-dessous (Figure 12 et Figure 13) les distributions de l'âge pour l'ensemble de la population étudiée et ensuite selon le sexe. Pour rappel, la majorité des patients est de sexe masculin (54%, soit 319 patients).

Figure 12 : Distribution de l'âge des patients (en années) admis en HJM (N=567)

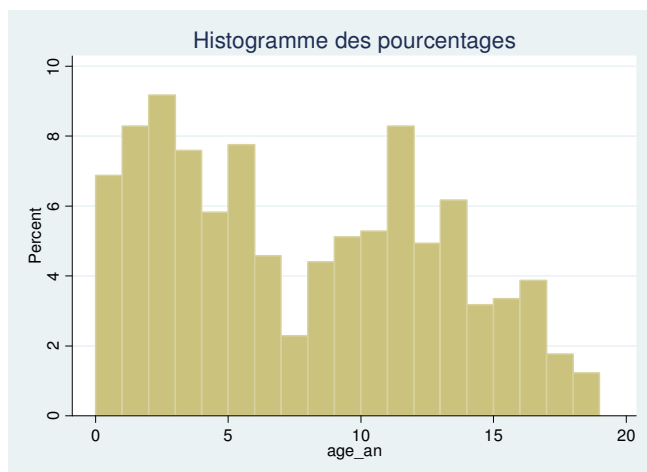
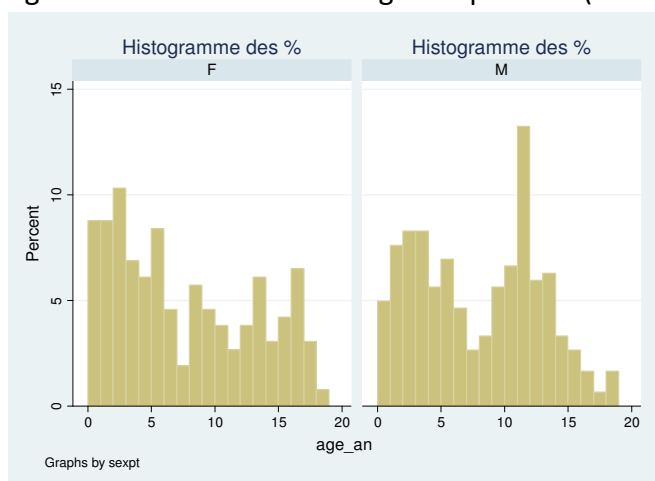


Figure 13 : Distribution de l'âge des patients (en années) (N=567), selon le sexe

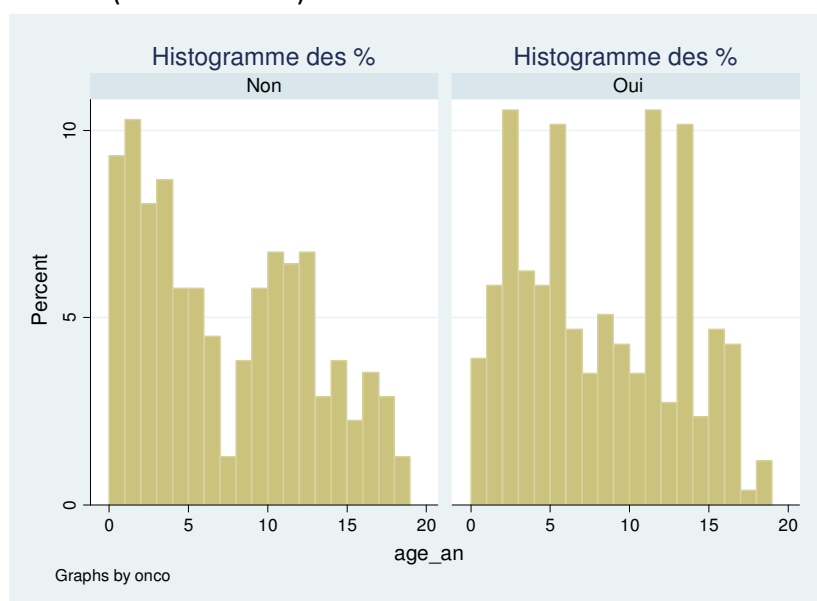


²⁷ Interquartile Range (IQR) = Percentile 25 - Percentile 75

Au sein des patients HJM, nous distinguons deux sous-populations : les patients atteints d'une affection onco-hématologique versus les autres. Nous verrons l'importance de ces volumes respectifs de patients.

Le fait d'avoir une affection onco-hématologique n'explique pas de manière significative la variabilité de l'âge. Pour la population étudiée (N=567), les médianes et écart interquartile sont 6.46 ans (2.74 ; 11.95 ans) et 7.79 ans (3.58 ; 12.36 ans) respectivement pour les patients non atteints et atteints d'une affection onco-hématologique (Figure 14).

Figure 14 : Distributions de l'âge des patients (en années) selon leur statut onco-hémato (N=311 et 256)



L'analyse approfondie a montré une variabilité importante de la distribution des âges entre les différents hôpitaux de l'échantillon. Ces différences résultent notamment du fait que les effectifs de patients hospitalisés pour la période d'étude variaient fortement d'un hôpital à l'autre (passant de 1 à 272 patients). Nous observons que les hôpitaux à effectifs plus réduits ont accueilli des patients relativement plus jeunes (avec une médiane qui tourne autour de 3 ans plutôt que 8 ans).

Tableau 13 : Distribution de l'âge des patients (en années) selon les hôpitaux (par ordre décroissant des médianes)

	N	Minimum	P25	Médiane	P75	Maximum
5	71	0,07	3,56	9,31	14,69	18,32
7	24	0,03	1,11	8,48	11,95	13,42
6	108	0,15	4,89	8,45	11,83	18,85
12	272	0,25	3,72	7,79	12,57	18,28
9	12	1,24	2,21	4,71	8,22	14,45
3	8	1,46	1,80	3,69	8,36	10,54
2	15	0,13	1,87	3,55	10,06	14,78
10	1	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11
8	12	1,23	2,30	2,63	5,94	14,34
1	5	0,09	0,18	2,34	2,91	5,10
11	32	0,02	0,58	2,30	4,46	15,24
4	7	0,22	1,76	2,22	2,66	6,22
Total	567	0,02	3,16	6,98	11,96	18,85

Patients bénéficiaires d'une intervention majorée

Rappelons que sur l'ensemble des patients hospitalisés en HJM, 43% étaient bénéficiaires d'une intervention majorée (BIM)²⁸, chiffre plus important que dans les deux autres pôles d'activités (qui étaient respectivement de 17% aux urgences et 16% en HJC). En HJM, les patients atteints d'une affection onco-hématologique déclenchent relativement plus « rapidement » le mécanisme de solidarité. En effet, la part de BIM parmi les patients onco-hémato a été de 24.9% contre 18.4% pour les autres patients (Tableau 14).

Tableau 14 : Patients chroniques bénéficiaires d'une intervention majorée

	Nbre	%
Patients atteints d'une affection chronique :	152	41,3%
Patients onco-hémato	96	24,9%
Patients non onco-hémato	71	18,4%

Nous avons également étudié la part de bénéficiaires d'une intervention majorée dans chacune des catégories d'indications observées en HJM. Hormis dans la catégorie « autre », le pourcentage le plus important se situe au niveau de la catégorie « Traitements programmés sans sédation » (54.7%).

²⁸ Pour rappel, code CT1 c = 1

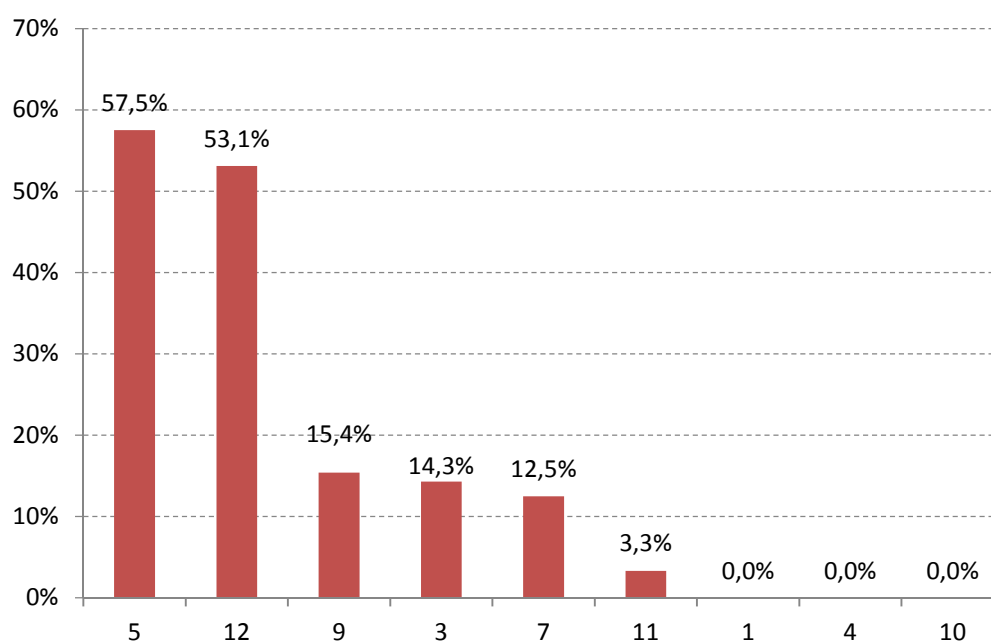
Tableau 15 : Part des patients HJM ayant droit à une intervention majorée selon la catégorie

	% patients CT1c =1
Bilan programmé sans sédation	45,8%
Bilan programmé avec sédation	30,8%
Traitement programmé sans sédation	54,7%
Traitement programmé avec sédation	16,7%
Apprentissage enfant	0,0%
Surveillance lors de manœuvres ou de tests particuliers	20,0%
Autre	66,7%
Bilan ou traitement	18,2%

Durant l'enquête, deux hôpitaux ont eu plus de la moitié de leurs patients ayant droit à une intervention majorée tandis que pour les autres la part ne dépasse pas les 16% (Figure 15).

Figure 15 : Part des patients HJM ayant droit à une intervention majorée selon les hôpitaux (N=385)

Hôpital	5	12	9	3	7	11	1	4	10
Total Patientèle	40	258	13	7	24	30	4	8	1



Médecin traitant attiré

Au total, 98% des patients ont au moins un médecin traitant. Notons que tous les patients atteints d'une affection onco-hématologique ont un médecin traitant. Pour quatre hôpitaux, ce taux est légèrement plus faible mais au minimum 80% des patients ont un médecin traitant.

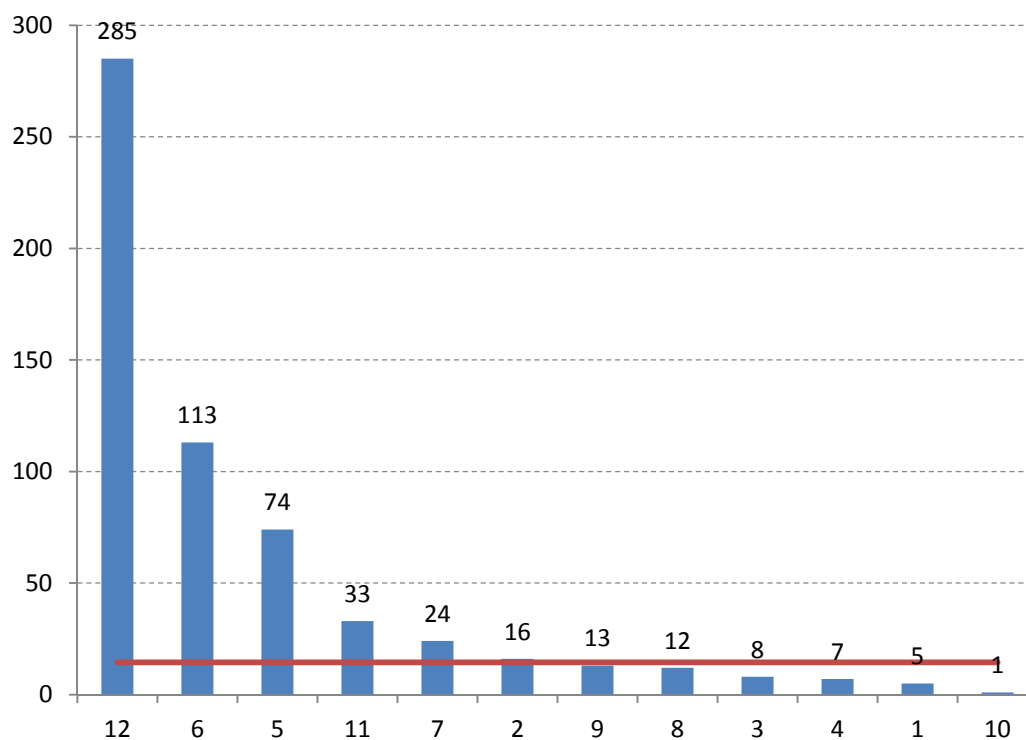
Parmi les patients ayant un médecin traitant, il s'agit dans 78% des cas d'un pédiatre de référence (qu'il soit de ville ou de l'hôpital).

3.2.3 Analyse de l'activité en HJM

3.2.3.1 Volume de l'activité

La période d'encodage s'est pour tous les hôpitaux étalée sur 2 semaines (soit 10 jours ouvrables). Au total, 592 patients ont été admis en hospitalisation de jour durant cette période. La variabilité du niveau d'activité entre hôpitaux est extrêmement élevée, passant de 1 patient (le minimum) pour un hôpital à 285 patients (le maximum) pour un autre (Figure 16). L'effectif médian, représenté par la ligne rouge, se situe à 15 patients (IQR = 8 ; 33 patients).

Figure 16: Patients hospitalisés en HJM par hôpital pendant la période d'enquête (2 semaines) - Nombre de cas et effectif médian.



Supposons un instant une fréquentation linéaire sur une année²⁹, le volume de cas pourrait se porter à plus de 15000 patients pour ces 12 hôpitaux (= 592 patients *26 semaines). Il s'agit bien entendu d'un nombre purement théorique puisque les 2 semaines d'enquête ne sont pas représentatives de l'utilisation de ce service pour une année complète.

3.2.3.2 Nature de l'activité

L'activité programmée représente 96.5% de l'activité totale (Tableau 16). A vu de ce chiffre, l'hospitalisation de jour médicale correspond à sa fonction première d'accueil programmé de patients. Celle-ci se compose essentiellement des traitements et bilans programmés (avec ou sans sédation) représentant chacun de 46% de l'activité totale. Les différentes procédures programmées avec sédation représentent au total 24.5% de l'activité en HJM.

Cependant, regroupées sous l'intitulé « bilan ou traitement non programmé », les manœuvres réalisées en urgence ou non programmées ont malgré tout représenté 3.5 % de l'activité. Il n'y a malgré tout pas de confusion entre les urgences pédiatriques et l'hospitalisation de jour médicale.

Tableau 16 : Fréquences des cas selon les catégories d'indications en HJM

	Nbre	%	%
Bilan programmé sans sédation	164	27,7	46,96
Bilan programmé <u>avec sédation</u> ³⁰	114	19,26	
Traitement programmé sans sédation	242	40,88	46,12
Traitement programmé <u>avec sédation</u>	31	5,24	
Apprentissage enfant/parents	1	0,17	
Surveillance lors de manœuvres ou de tests particuliers	16	2,7	3,38
Autre	3	0,51	
Bilan ou traitement non programmé ³¹	21	3,55	3,55
Total	592	100	100

Sur les 592 patients hospitalisés en HJM, et donc tout hôpital confondu, 80% des patients souffrent d'une pathologie chronique (soit 457 patients) et dans 93% des cas cette dernière a constitué la cause primaire de l'hospitalisation de jour. Autrement dit, une part essentielle de l'activité en HJM relève des pathologies chroniques et en particulier des affections onco-hématologiques qui représentent

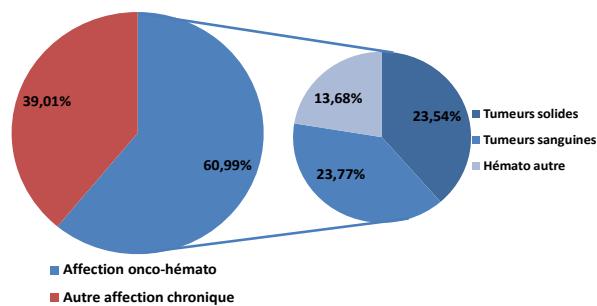
²⁹ 1 an = 52 semaines d'activité.

³⁰ Procédures programmées (bilan et traitement) avec sédation = 24.5%

³¹ Cette catégorie comprend également les manœuvres réalisées en urgence (administration/transfusion de plaquettes en urgence, antibiotiques en urgence...).

61% des affections chroniques (Figure 17). En ce qui concerne ces derniers, 57.2% d'entre eux ont été hospitalisés pour leur pathologie chronique. Toujours parmi les affections onco-hématologiques, on retrouve notamment 23.77% de tumeurs sanguines, 23.54% de tumeurs solides. D'autre part, nous observons que 63% de ces patients ont été hospitalisés pour une prise en charge diagnostique et 37% pour une prise en charge thérapeutique.

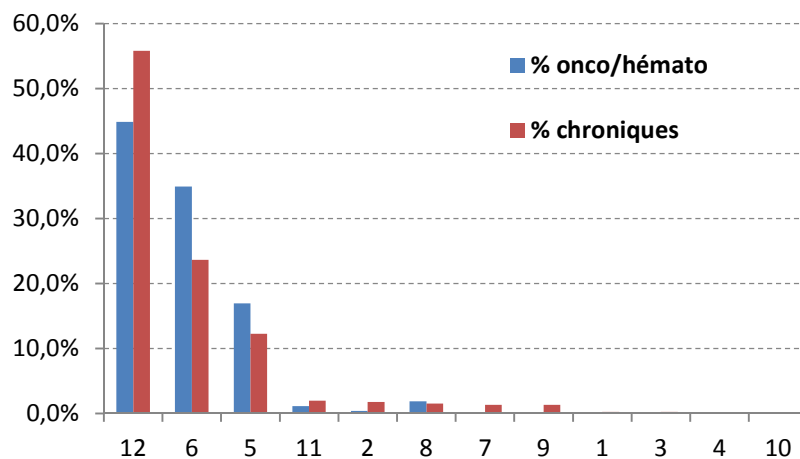
Figure 17: Part des patients avec une affection en onco-hématologie (N= 446)



Dans 2% des cas, les prestataires de soins ont rapporté que la présence de la pathologie chronique a compliqué la prise en charge du patient. Cette part est relativement négligeable.

Pour rappel, 80% des patients hospitalisés en HJM proviennent de 3 hôpitaux académiques ou assimilé. La concentration des patients atteints d'une pathologie chronique oscille entre 0% et 60% des patients hospitalisés en HJM (Figure 18). De même, la part de patients atteints d'une affection onco-hématologique se situent entre 0% et 45% selon les hôpitaux.

Figure 18: Part des patients atteints de pathologies chroniques et en particulier d'une affection on-hématologique, selon les hôpitaux



Si nous observons de manière approfondie l'ensemble des affections chroniques, après les affections onco-hématologiques prépondérantes chez les patients présents en HJM, les plus représentées sont dans l'ordre les affections uro-néphrologiques (7.62%), les affections génétiques (6.95%) et les maladies immunitaires (6.05%) (Tableau 17).

Tableau 17 : Pathologies chroniques présentes chez au moins 5% des patients chroniques (ordre décroissant)

	N	%
Tumeurs solides ³²	104	23,32
Tumeurs sanguines ³³	100	22,42
Hémato autre ³⁴	61	13,68
Affections uro-néphrologiques	34	7,62
Affections génétiques	31	6,95
Maladies immunitaires	27	6,05
Affections neurologiques	25	5,61

Les autres pathologies chroniques sont présentes chez moins de 5% des patients et relèvent essentiellement des affections digestives (2.91%), des affections respiratoires et ORL (2.24%), des maladies métaboliques (1.57%), des pathologies endocriniennes (0.67%) et des affections cardiologiques (0.67%).

Indications observées en HJM (N=272)

NB : Concernant les indications présentes chez les patients HJM, l'échantillon ne compte que 272 patients (soit 46% seulement de la population d'étude). Il y a donc eu sous-rapportage pour cette variable.

Cela étant, les patients en HJM sont pour la plupart (99%) hospitalisés pour une seule indication. En effet, c'est chez moins d'1% des patients que nous avons observé deux indications, jamais plus de deux.

Nous nous intéressons ci-après aux types d'indications rencontrées (Figure 19) chez les patients hospitalisés en HJM. Pour ces derniers, 60% de l'activité totale concerne

³² astrocytomes, tumeurs cérébrales, myosarcome, rhabdomyosarcomes, ostéosarcome, rétinoblastomes, méduloblastomes, épendymome, neuroblastomes, hémangiomes, gliomes des voies optiques, Ewing, hépatoblastome

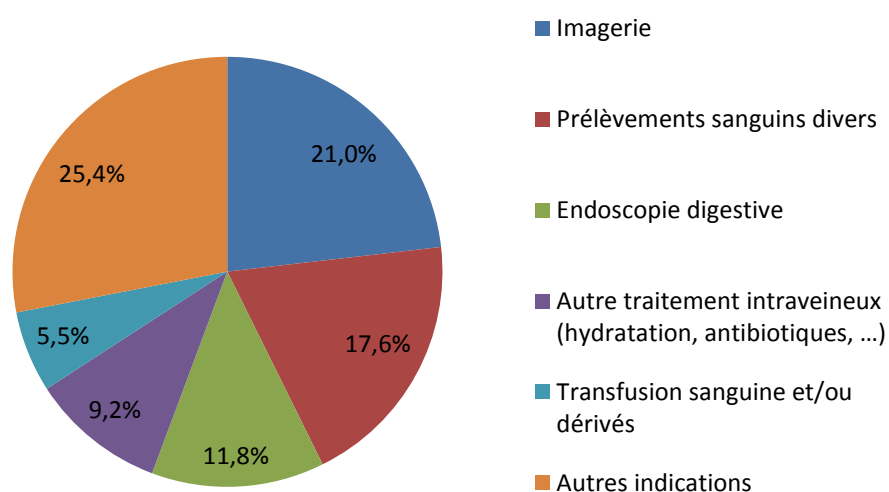
³³ lymphome hodgkinien et non hodgkinien, ALL, LLA, leucémies, syndromes myélo-dysplasiques, aplasie

³⁴ thrombasthénie, drépanocytose, thalassémie, anémie hémolytique, PTI, histiocytose, sphérocytose, granulomatose, anémie de Fanconi

quatre indications principales que sont l'imagerie (CT scan, IRM, écho y compris écho cœur, RX standard) (21%), les prélèvements sanguins divers (17%), l'endoscopie digestive (12%) et les traitements intraveineux (hydratation, antibiotiques, Remicade, chélateur du fer...) dont les perfusions non chimio et les non dérivés sanguins (9%).

Les transfusions sanguines, la chimiothérapie de jour et l'hémodialyse représentent chacune 5% de l'activité en HJM. Les autres indications, non détaillées ici, représentent chacune moins de 5% de l'activité en hospitalisation de jour.

Figure 19: Fréquences des groupes d'indications en HJM (N=272)³⁵



3.2.3.3 Spécificité des séjours en HJM

Durée de l'hospitalisation

Sur l'ensemble de la population étudiée, la moitié des patients ont été hospitalisé durant au moins 4 heures et 12 minutes (Tableau 18).

Un quart des patients sont restés dans le service 2h40min ou moins et un autre quart y sont restés 6h25min ou plus (percentiles 25 et 75). Il n'y a pas de différence significative selon que le patient soit atteint d'une affection onco-hématologique ou non. La durée des séjours a varié entre 10 min et 12h 10 min. La durée minimum assez réduite pourrait par exemple illustrer une situation où l'enfant a dû être hospitalisé suite à un malaise.

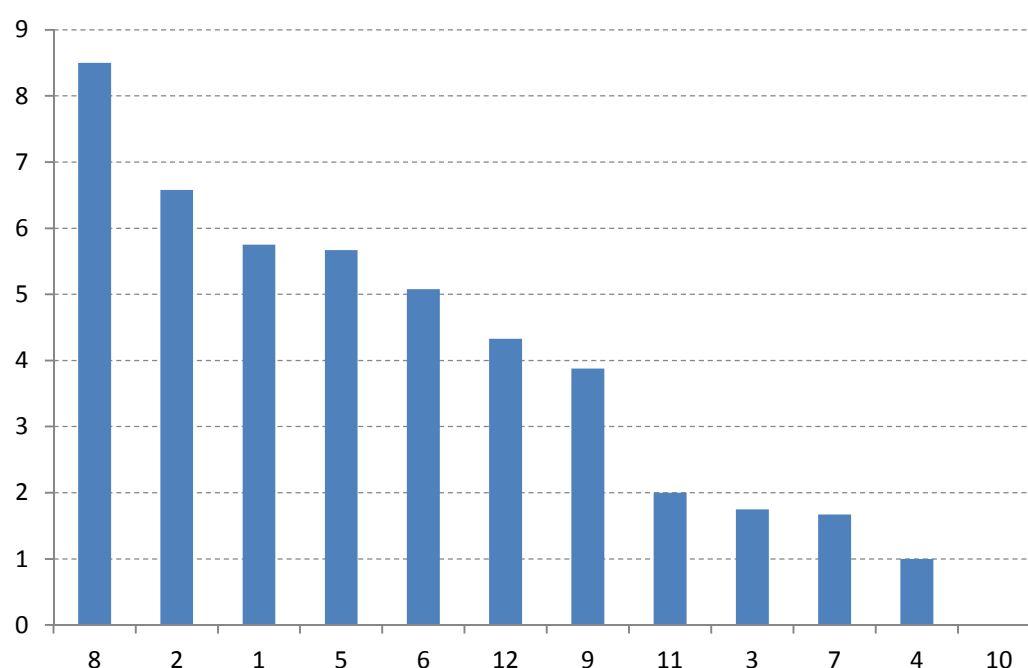
³⁵ Sous-rapportage : information disponible pour 46% de l'échantillon.

Tableau 18 : Durées médianes de séjour en HJM (en heures)

	N	Médiane (IQR)
Patients onco-hémato	200	4,83 (2.6 – 6.7)
Autres patients	202	4,38 (2.7 – 5.9)
Total	402	4.7 (2.7 – 6.4)

La médiane de la distribution de la durée des séjours varie sensiblement selon les hôpitaux, entre 1h et 8h30min (Figure 20).

Figure 20: Durées médianes des séjours en HJM (en heures)



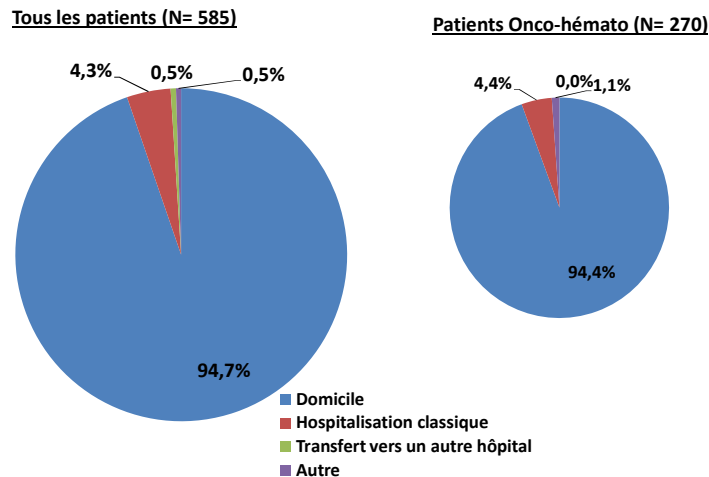
NB : les hôpitaux 12, 6 et 5 représentent 80% des patients de la population (soit 347 patients).

Destination des patients à la sortie de l'hospitalisation HJM

94.7 % des patients admis en HJM sont retournés à domicile à l'issue de leur hospitalisation (Notons, qu'aucun patient n'a été admis en soins intensifs, et que moins de 5% des patients ont dû être admis en pédiatrie. Remarquons que la structure des destinations de sorties est identique que les patients soient atteints d'une affection onco-hématologique ou non.

Figure 21 (Figure 21). Notons, qu'aucun patient n'a été admis en soins intensifs, et que moins de 5% des patients ont dû être admis en pédiatrie. Remarquons que la structure des destinations de sorties est identique que les patients soient atteints d'une affection onco-hématologique ou non.

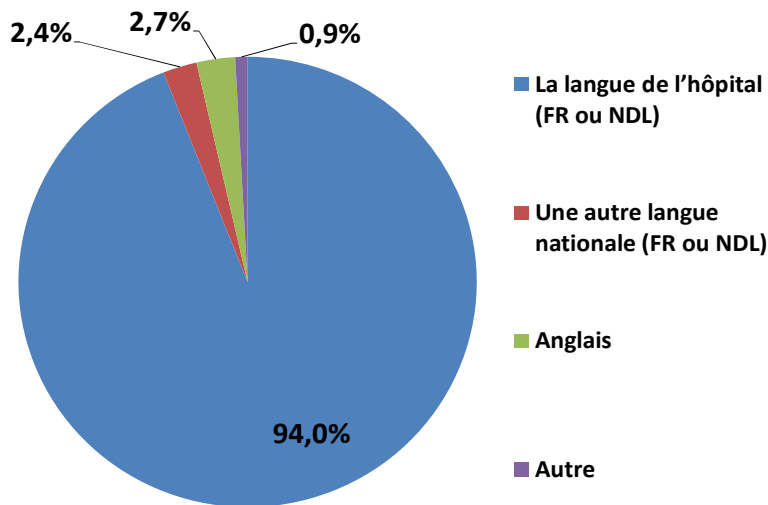
Figure 21: Destination du patient suite à l'HJM (N=585)



Aspects linguistiques

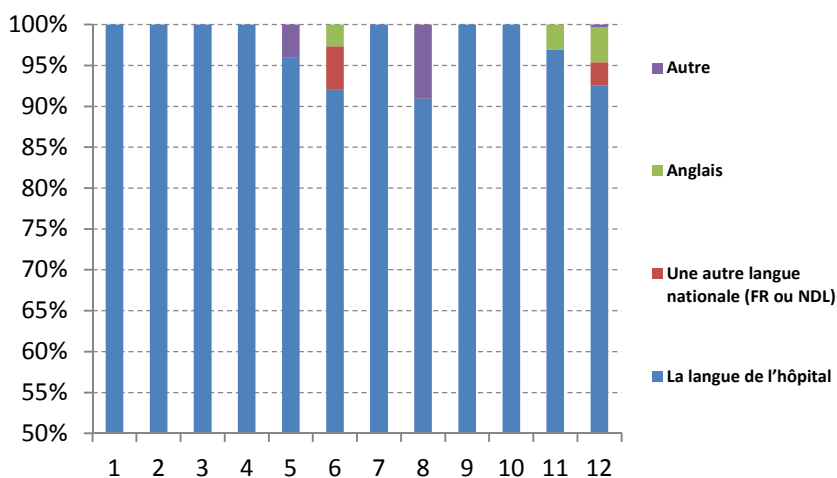
La langue n'est globalement pas source de problèmes. Dans 94% des cas, la langue parlée par les accompagnants du patient est celle de l'institution (soit français, soit néerlandais) (Figure 22). Ceci ne met donc pas en évidence un éventuel problème linguistique en ce qui concerne l'ensemble de la population étudiée. L'autre langue nationale, de même que l'anglais, n'est parlée que dans 2% des cas. Certains parents de patient se sont exprimés dans d'autres langues (arabes, orientales ou d'Europe de l'est). Ceux-ci représentent une faible part de la population étudiée (0.9%). Dans 15 situations seulement (soit 2.6% des cas), des complications liées à la langue ont été rapportées (nécessité de passer par un tiers « bilingue » pour communiquer avec la famille ou de recourir à un interprète externe). Globalement, à savoir dans 97.4% des cas, la langue n'a ni constitué un problème de communication ni une surcharge de travail pour l'institution.

Figure 22: Langue parlée par les accompagnants du patient (N=586)



Nous avons également étudié la situation pour les différents hôpitaux participants. Seuls deux hôpitaux ont reçu des patients dont les parents et/ou accompagnants parlaient l'autre langue nationale, respectivement à 5.3% et 2.8% des patients admis en HJM (Figure 23). Et enfin, seuls trois hôpitaux ont eu à faire à des parents ou accompagnants parlant une autre langue que celle de l'hôpital ou que l'anglais, respectivement à concurrence de 9.1%, 4.1% et 0.4% des patients admis. Parmi ces langues, on retrouve le polonais, le kosovar, le serbo-croate, des langues orientales (chinois, afghan, indiens, farsi ou pakistanais) ou l'arabe.

Figure 23 : Langue parlée par les accompagnants du patient (N=586), selon les hôpitaux



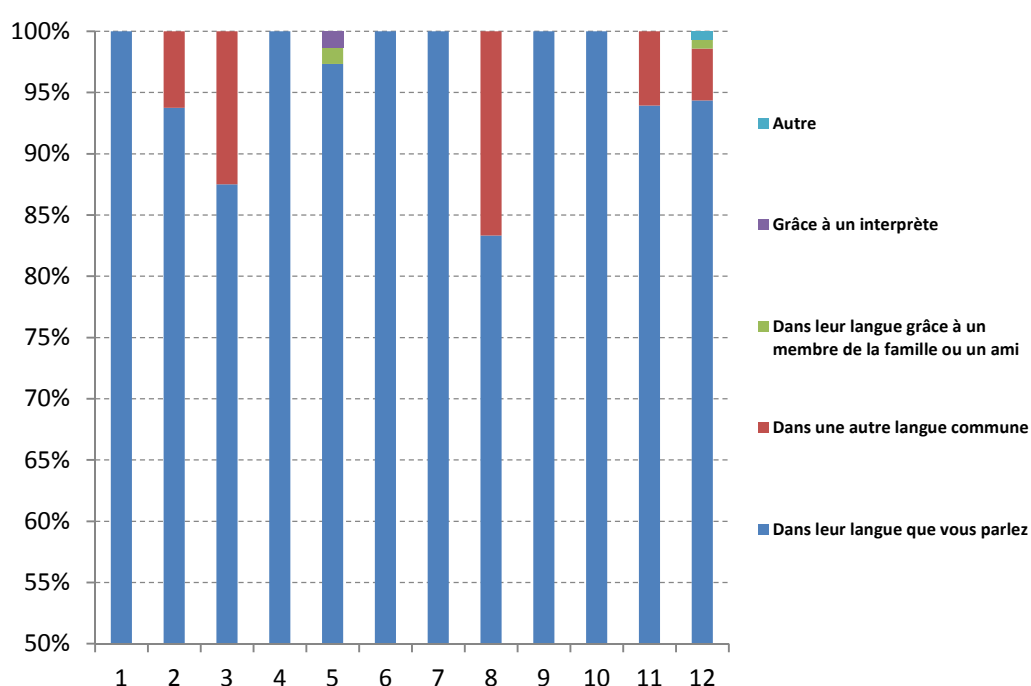
Dans 95.9% des cas, le personnel de l'hôpital a communiqué avec le patient et sa famille dans leur langue (Tableau 19). Et c'est seulement dans 3% des cas que le personnel a utilisé une autre langue, connue de tous.

Tableau 19 : Mode de communication prestataire-patient

Mode de communication	N	%
Dans la langue du patient, parlée par le prestataire	563	95,91
Dans une autre langue commune	18	3,07
Dans leur langue grâce à un membre de la famille ou un ami	3	0,51
Grâce à un interprète	1	0,17
Autre	2	0,34
Total	587	100

Pour la moitié des hôpitaux, le personnel a entièrement pu communiquer dans la langue du patient (Figure 24). Cinq hôpitaux ont été confrontés à une autre langue mais que le personnel l'hôpital possède, situation présente au maximum dans 16.7% des cas. Deux hôpitaux ont du faire appel à un interprète pour pouvoir communiquer avec le patient et/ou accompagnant(s) (au maximum 2.6 % des cas).

Figure 24: Mode de communication avec le patient et ses proches, selon les hôpitaux



3.2.3.4 Caractéristiques relatives au mode d'organisation de l'HJM

Contexte de l'hospitalisation HJM

C'est presque toujours un médecin de l'institution qui est à l'initiative de l'hospitalisation de jour, et ce que ce soit depuis une consultation programmée ou non, depuis l'hospitalisation traditionnelle ou depuis la garde. Au total, ceci correspond à 97% des admissions.

Et c'est uniquement dans 3% des cas (soit 18 patients), qu'un médecin extérieur à l'institution dans laquelle l'HJM est réalisée qui est à l'initiative de l'hospitalisation de jour. Il y a peut-être là une ouverture pour un développement futur de l'activité en HJM.

Dans 89.29% des cas, l'indication était justifiée. Ceci vient confirmer notre constat précédemment mis en évidence quant au rôle approprié de l'HJM (96.5% des situations sont programmées).

Les trois raisons les plus fréquemment évoquées dans le recours à l'HJM sont la nécessité d'une surveillance particulière (rapporté pour 66% des patients), la durée de l'intervention (pour 50% des patients) et la technicité ou la lourdeur du soin administré ou du bilan demandé (pour 43% des patients) (Tableau 20).

Tableau 20 : Raisons pour lesquelles l'indication n'aurait pas pu être prise en charge en consultation

	N	%
Nécessité d'une <u>surveillance</u> particulière	390	66
<u>Durée</u> de l'intervention	295	50
<u>Technicité</u> ou lourdeur du soin administré ou du bilan demandé	254	43
Risques particuliers pour la santé de l'enfant	171	29
Nécessité d'une sédation	128	22
Autre	19	3

Les deux principaux avantages d'une prise en charge en HJM sont d'une part le fait que les traitements sont administrés correctement en évitant l'hospitalisation traditionnelle (rapporté dans 66% des situations) et d'autre part le fait de pouvoir assurer une surveillance rapprochée difficile à réaliser en consultation mais ne justifiant pas un séjour en hospitalisation traditionnelle ou ni aux soins intensifs (rapporté dans 57% des situations) (Tableau 21).

Tableau 21 : Avantages de la prise en charge en HJM pour le médecin

	N	%
Traitements administrés correctement sans obligation d'une hospitalisation traditionnelle	380	66
Surveillance rapprochée difficile à réaliser en consultation mais ne justifiant pas un séjour en hospitalisation traditionnelle ou ni aux soins intensifs	327	57
Bilans complexes réalisés intégralement et rapidement alors que cela n'aurait pas forcément été le cas en consultation	140	24
Meilleure prise en charge des impératifs socio-familiaux des familles	103	18
Autre (meilleure prise en charge multidisciplinaire...)	18	3
Total des répondants	578	

Notre enquête a cependant montré que 10.71% des indications auraient pu être prises en charge en consultation et que 28.13% auraient pu nécessiter une nuitée à l'hôpital. Ces deux éléments ont fait l'objet de deux questions spécifiques auxquelles les hôpitaux ont dû répondre pour chaque patient.

Prise en charge médicale et infirmière des patients hospitalisés en HJM

Dans son questionnaire, l'enquête a interrogé les hôpitaux sur la qualification du personnel qui a pris en charge les patients. Nous présentons tout d'abord les résultats portant sur la prise en charge médicale et ensuite sur la prise en charge infirmière.

Notons que les patients ont pu être vus par plusieurs médecins, les spécialités les plus représentées en hospitalisation de jour médicale sont la pédiatrie (95.9% patients), l'anesthésie (12.3%) et l'oncologie/hématologie (4.1%) (A l'analyse des consultations pratiquées par les pédiatries (actes spécifiquement pédiatriques rapportés dans les actes intellectuels réalisés par les pédiatres : consultation pédiatrie, premier avis et second avis pédiatrique), 64 % des 564 patients sont concernés (Range : 0 % - 94 % selon les hôpitaux).

D'autres spécialités sont intervenues auprès des patients comme le chirurgien, rhumatologue, neuropédiatre, ophtalmologue, etc. Chacune d'elle pour un maximum 3 % de l'effectif total des patients – Tableau 22)

A l'analyse des consultations pratiquées par les pédiatres (actes spécifiquement pédiatriques rapportés dans les actes intellectuels réalisés par les pédiatres : consultation pédiatrie, premier avis et second avis pédiatrique), 64% des 564 patients sont concernés (Range : 0% - 94% selon les hôpitaux).

D'autres spécialités sont intervenues auprès des patients comme le chirurgien, rhumatologue, neuropédiatre, ophtalmologue, etc. Chacune d'elle pour maximum 3% de l'effectif total des patients.

Tableau 22 : Effectifs de patients pris en charge selon la spécialité médicale (choix multiple possible) (N=592)

Spécialité	N	%
Pédiatre	568	95,9%
Anesthésiste	73	12,3%
Oncologue, Hématologue	24	4,1%
Chirurgien, rhumatologue, scintigraphiste, imagerie	16	2,7%
Neuropédiatre	12	2,0%
Ophtalmologue	8	1,4%
Gastrologue	7	1,2%
Immuno-allergologue	6	1,0%
Uro-néphrologue	3	0,5%
Pneumologue	2	0,3%
ORL	1	0,2%
Dermatologue	1	0,2%

Parmi les patients qui n'ont pas été proprement dit pris en charge par un pédiatre (N= 20), dans 25% des situations (soit 5 patients), il a indirectement été fait appel à un pédiatre.

Les patients peuvent être vus par plusieurs infirmiers et de qualifications différentes (Tableau 23). Trois-quarts des patients ont été visités par des infirmiers pédiatriques, près de 30% par des infirmiers. Les administratifs et aide soignants ont respectivement pris en charge de 20% des patients. D'autres profils sont également intervenus dans une moindre mesure comme les brancardiers, sage-femmes mais aussi les diététiciens, infirmiers SIAMU ou encore éducateurs.

Tableau 23 : Prise en charge infirmière des patients en HJM (choix multiple possible) (N=592)

Qualification	N	%
Infirmier pédiatrique	443	74,8%
Infirmier	161	27,2%
Logistique/administratif	120	20,3%
Aide-soignant	114	19,3%
Brancardier (transport patient)	64	10,8%
Sage-femme	59	10,0%
Autre	32	5.4%

Difficultés rencontrées lors de la prise en charge par les différents prestataires

Pour l'équipe médicale (Tableau 24), aucune difficulté majeure n'a été rapportée. En effet, les difficultés qui se sont posées ne l'ont été que pour un maximum de 5.2% des patients. Par exemple, au niveau de l'organisation (5.2% des patients) ou des contacts avec les autres professionnels de l'hôpital (2.7%).

Tableau 24 : Effectifs selon les types de difficultés rencontrées par les médecins (choix multiple possible) (N=592)

	N	%
Difficultés organisationnelles	31	5,2 %
Contacts avec les autres professionnels de l'hôpital	16	2,7%
Concentration sur un court séjour de toutes les tâches cliniques/administratives liées à une hospitalisation	8	1,4%
Contacts avec les familles	8	1,4%
Contact avec les médecins traitants	7	1,2%
Pas de difficultés rencontrées	2	0,3%

De même, pour l'équipe infirmière (Tableau 25), les difficultés qui ont été rapportées concernent moins de 10% des patients. Les 4 principaux problèmes sont les contacts avec les médecins traitants (rapportés chez 7.9% des patients), les difficultés organisationnelle (7.1%), la lourdeur des tâches (cliniques, administratives et d'hôtellerie) liées à l'hospitalisation et concentrée sur un court séjour (6.4%) et les contacts avec les autres professionnels de l'hôpital (69.4%).

Tableau 25 : Effectifs selon les types de difficultés rencontrées par l'équipe infirmière (choix multiple possible) (N=592)

	N	%
Contacts avec les médecins traitants	47	7,9%
Difficultés organisationnelles	42	7,1%
Lourdeur des tâches cliniques/administratives/d'hôtellerie liées à l'hospitalisation et concentrée sur un court séjour	38	6,4%
Contacts avec les autres professionnels de l'hôpital (personnel administratif, département infirmiers, médecins, autre)	38	6,4%
Contacts avec les familles	13	2,2%
Autre	11	1,9%

Notons que les problèmes relatifs aux contacts entre prestataires sont plus fréquemment soulevés par l'équipe infirmière que par l'équipe médicale (6.4 % contre 2.7% des patients).

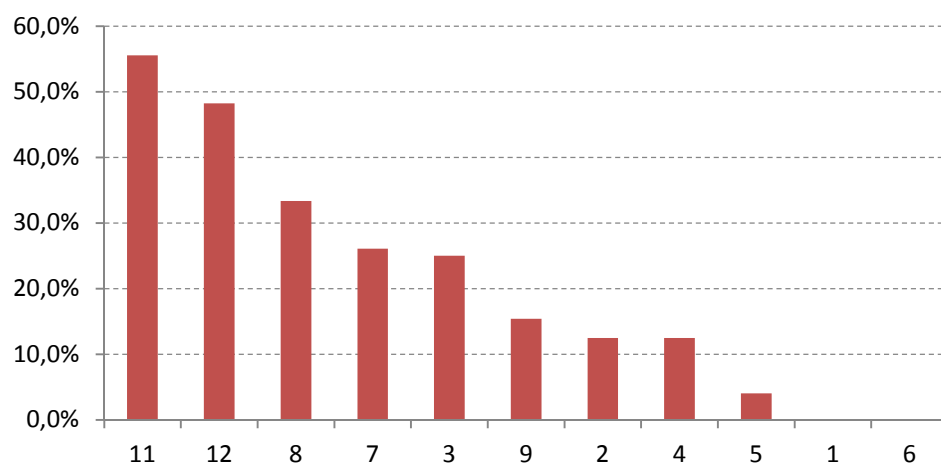
Suivi des patients hospitalisés en HJM

Concernant le suivi du dossier patient, 93.94% (543 patients) des dossiers ont fait l'objet d'un résumé.

Dans 29.46% des cas (soit 170 patients), le médecin référent n'a pas été avisé de la fin de l'hospitalisation dans les 7 jours qui l'ont suivie. Il n'y a pas de différence d'usage selon que le patient soit onco-hémato ou non.

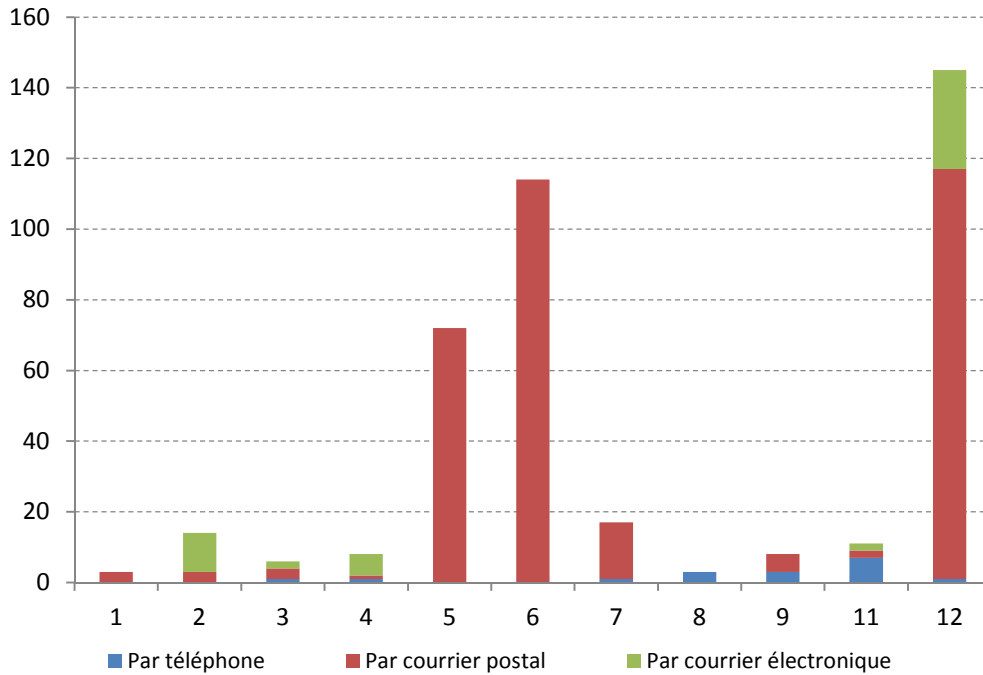
Par contre, la pratique varie fortement selon les hôpitaux (Figure 25). Certains hôpitaux avisent systématiquement le médecin référent, d'autres dans un cas sur deux seulement.

Figure 25 : Usage des hôpitaux quant au suivi du dossier patient (% de patients pour lesquels le médecin référent n'a pas été avisé de la fin de l'HJM dans les 7 jours qui l'ont suivie)



Pour les cas où le médecin référent a été avisé, le mode de communication privilégié a été le courrier postal (84%), suivi du courrier électronique (12%) ou par téléphone (4%). Certains hôpitaux privilégient cependant le courrier électronique ou le téléphone (Figure 26).

Figure 26 : Mode de communication pour aviser le médecin référent, selon les hôpitaux (Nombre de patients)



3.2.3.5 Synthèse des éléments clés de l'activité en HJM

Principaux éléments issus de l'enquête auprès de 12 hôpitaux concernant les hospitalisations de jour médicales (HJM) :

- Volume de l'activité : sur 2 semaines et pour 12 hôpitaux, un total de 592 patients ont été hospitalisés en HJM (Médiane = 15 patients) ; Variabilité importante entre les hôpitaux ; Concentration de patients sur les hôpitaux académiques ou assimilés (80% de la population étudiée)
- Séjours : HJM correctement utilisée (96.5% de l'activité est programmée) ; Durée médiane = 4h et 12 minutes (IQR : 2h40min ; 6h25min) ; 94.7 % de retour à domicile ; 64% de consultations pédiatriques (Range : 0% - 94%)
- Nature de l'activité : Pour l'échantillon total, 80% des patients souffrent d'une pathologie chronique et parmi eux, la maladie est la cause primaire de l'hospitalisation dans 93% des cas ; 60% des affections chroniques sont onco-hématologiques ; variabilité importante entre hôpitaux ; 4 principales indications (imagerie, prélèvements sanguins, endoscopie digestive et traitements intra-veineux)
- Éléments organisationnels : Médecin de l'institution à l'initiative de l'HJM ; Quasi tous les patients sont vus par un pédiatre (96%) ; Relativement faible suivi au médecin référent
- Principaux avantages : Surveillance rapprochée réalisable ; traitement administré correctement sans perte de qualité par rapport à l'hospitalisation classique
- Spécificités de la patientèle : Age médian = 7 ans (IQR : 3.16 ans ; 11.96 ans) mais variabilité importante des distributions d'âge selon les hôpitaux ; Globalement pas ou peu de problèmes de communication entre patients et prestataires ; Dans l'échantillon des 12 hôpitaux, part relativement importante de bénéficiaires d'une intervention majorée (43.4%)

3.2.4 Analyse des hospitalisations de jour chirurgicales (HJC)

3.2.4.1 Rappel du contexte de l'enquête

Durant la période d'étude, 672 patients ont été inclus dans cette enquête. Pour rappel, l'Hospitalisation de jour chirurgicale (HJC) (AR du 25 novembre 1997) fait partie de l'hôpital général d'un point de vue organisationnel et architectural. C'est là que sont effectuées des prestations chirurgicales définies sans nuitée.

Tous les patients pédiatriques se présentant pour une chirurgie de jour, indépendamment de l'endroit où l'enfant est hospitalisé ont été inclus dans l'étude.

Spécificités de la patientèle

Age et sexe des patients

L'âge médian de la population étudiée s'élève à 4 ans et 8 mois (IQR : 2 ans et 10 mois ; 8 ans). Le plus jeune patient de la population avait 6 jours et le plus âgé près de 18 ans (Figure 27). Il n'y a pas de différence significative entre les distributions de l'âge selon le sexe (Figure 28).

Les médianes sont de 5.2 ans (IQR : 3.3 ; 9.7) et 4.4 ans (2.4 ; 7.5) respectivement pour les filles et les garçons. Rappelons que sur l'ensemble des patients hospitalisés en HJC (N=659), 60% étaient des garçons.

Figure 27 : Distribution de l'âge des patients HJC (en années) (N=662)

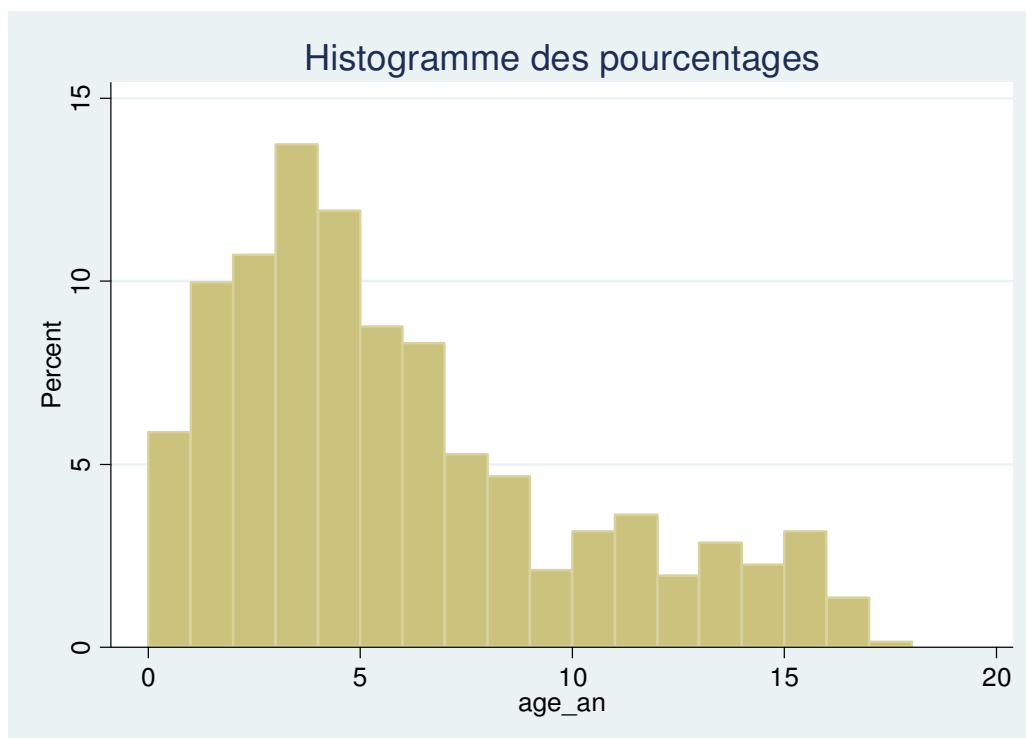
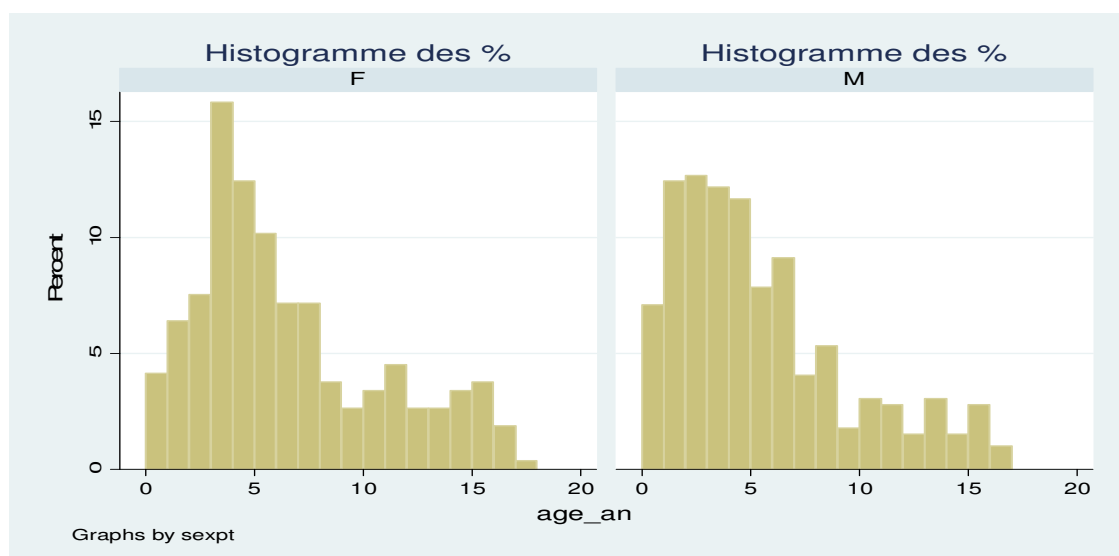


Figure 28 : Distributions de l'âge des patients HJC (en années), selon le sexe (N=659)



L'âge médian des patients HJC oscille selon les hôpitaux entre 3 ans et demi et 7 ans et demi selon les hôpitaux (Tableau 26).

Tableau 26 : Distributions de l'âge des patients HJC (en années), selon les hôpitaux (N=662) (par ordre décroissant des médianes)

Hôpital	N	Minimum	P25	Médiane	P75	Maximum
4	30	1,4	3,6	7,5	9,1	13,0
12	94	0,3	3,2	5,4	8,6	16,8
10	43	0,7	3,1	5,2	9,8	16,4
3	90	0,6	3,4	5,0	8,8	15,9
6	70	0,7	2,9	5,0	8,2	15,3
2	39	0,2	3,1	4,9	8,6	16,3
1	69	0,5	3,2	4,7	6,8	14,7
11	68	0,3	2,5	4,4	7,8	16,1
7	18	1,3	3,3	4,3	6,2	13,6
9	24	0,2	2,2	3,9	6,5	14,6
5	72	0,0	2,7	3,8	8,8	17,7
8	45	1,0	2,6	3,6	5,7	15,7
Total	662	0,0	2,9	4,7	8,0	17,7

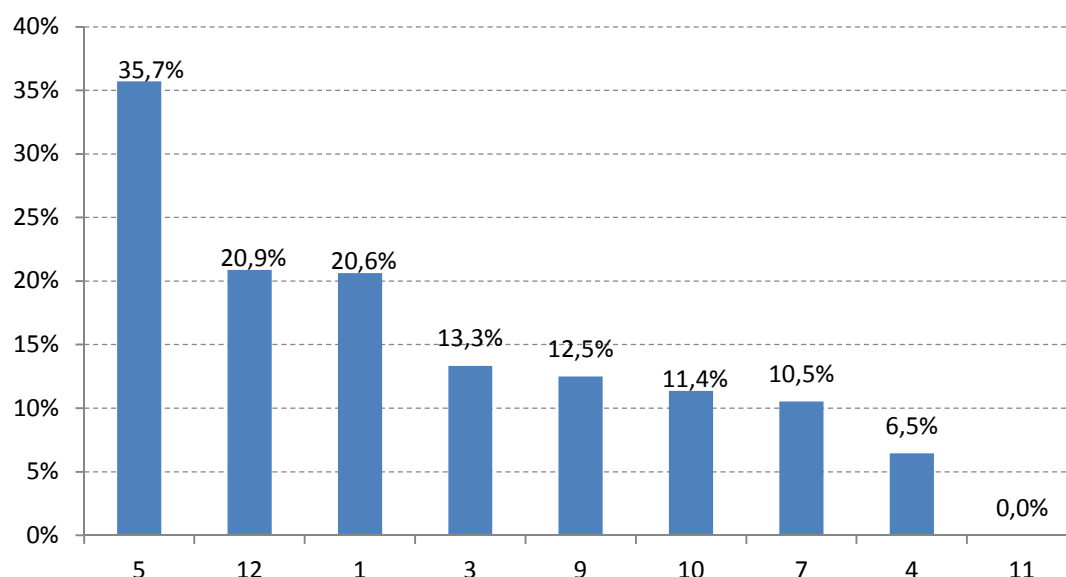
Patients bénéficiaires d'une intervention majorée

Parmi l'ensemble des patients HJC, 16.4% (soit 81 sur 494 patients) étaient bénéficiaires d'une intervention majorée (BIM). Sur les 2 semaines d'enquête, un

hôpital n'a accueilli aucun patient BIM tandis qu'un autre en a accueilli à concurrence de 35.7% de sa patientèle (soit 25 patients) (Figure 29).

Figure 29 : Part des patients HJC ayant droit à une intervention majorée, selon les hôpitaux (N=494)

Hôpital	5	12	1	3	9	10	7	4	11
Total patient	70	91	63	90	24	44	19	31	62



Médecin traitant du patient

Au total, 95.61% des patients (soit 631 patients) ont au moins un médecin traitant attribué. Ces médecins traitants sont essentiellement des généralistes (78% des cas) ou des pédiatres (44%) (Tableau 27).

Tableau 27 : Encadrement médical de l'enfant (médecin traitant) (plusieurs choix possibles)

	N	%
Généraliste	483	78
Pédiatre	275	44
ONE	48	8
ORL	44	7
Dentiste	33	5
Urologue	18	3
Autre spécialiste	15	2
Stomatologue	14	2
Pédiatre spécialiste	10	2
Maison médicale	1	0
Total	621	-

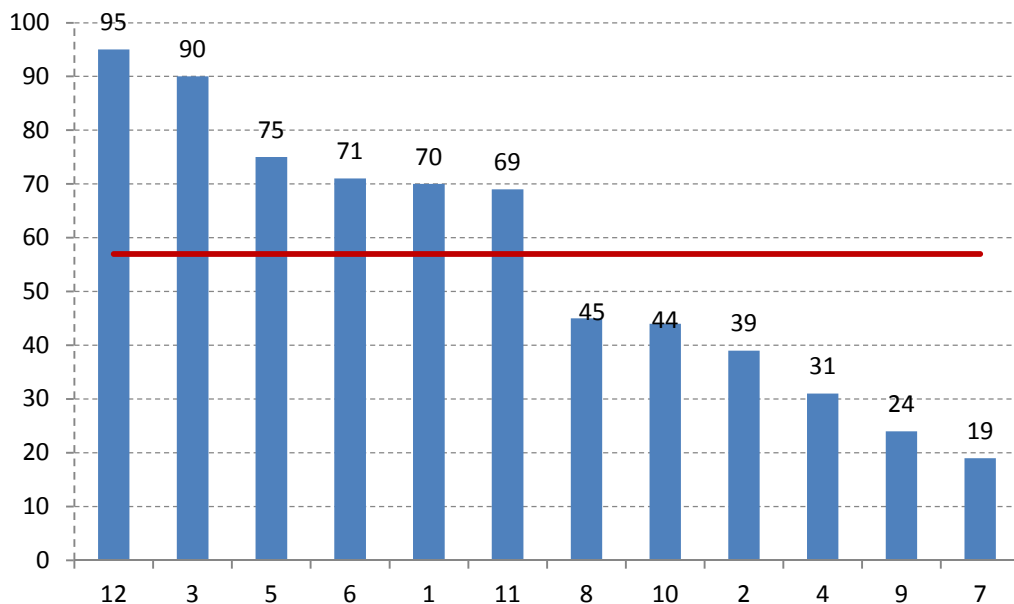
3.2.4.2 Description de l'activité en HJC

3.2.4.2.1 Volume de l'activité

La population d'étude compte 672 patients hospitalisés en HJC durant la période d'enquête (soit 2 semaines) pour les 12 hôpitaux concernés. L'effectif médian est de 57 patients (IQR : 37 ; 72 patients).

Le volume d'activité diffère sensiblement selon les hôpitaux. En effet, sur la période étudiée, passant du simple au quintuple, l'hôpital ayant eu la plus faible activité a accueilli 19 patients tandis que l'hôpital ayant eu l'activité la plus importante en a accueilli 95 patients (Figure 30).

Figure 30 : Patients hospitalisés en HJC par hôpital pendant la période d'enquête (2 semaines) (Nombre de cas et effectif médian)



A fréquentation égale, le volume annuel de ce pôle d'activité pourrait se porter à plus de 17000 patients (= 672patients *26 semaines) pour les 12 hôpitaux étudiés. Attention, l'activité observée sur deux semaines d'enquêtes n'est en principe pas représentative du volume d'activité annuel de ces hôpitaux. Cette projection théorique est donc présentée à titre indicatif puisqu'elle repose sur une fréquentation linéaire tout au long de l'année, soit 52 semaines.

3.2.4.2.2 Nature de l'activité

Les indications présentes chez les patients accueillis en hospitalisation de jour chirurgicale peuvent être groupées en trois catégories principales que sont : les affections ORL (31%), l'urologie (25%) et la stomatologie (24%) (Tableau 28)

Tableau 28 : Fréquences des catégories d'indications en HJC (par ordre décroissant)

	N	%
ORL	160	31,5%
Urologie (dont circoncision)	127	25,0%
Stomatologie	120	23,6%
Autre	101	19,9%
Total	508	100%

Le tableau ci-dessous (Tableau 29) présente les fréquences pour l'ensemble des indications rencontrées chez les patients hospitalisés en HJC. Au total, 60% de l'activité est couverte par 4 principales indications que sont :

- « autre » stomatologie et dentisterie (dents de sagesse, etc.) (21.46% des cas)
- circoncision (18.11%)
- pose/retrait des drains trans-tympaniques (13.19%), et
- ORL : autres³⁶ (7.87%)

³⁶ Sont comptabilisés dans cette dernière catégorie, l'extraction d'un corps étranger du nez, le traitement par laser d'une papillomatose laryngée, la turbinectomie, l'otoplastie, le traitement des oreilles décollées, la réduction d'une fracture du nez, la tympanoplastie, la cure de kyste thyroglosse, le retrait de fils des oreilles, le rinçage des sinus, la rhinoseptoplastie, la cure de cholestéatome, la cautérisation de la cloison nasale et la paracentèse.

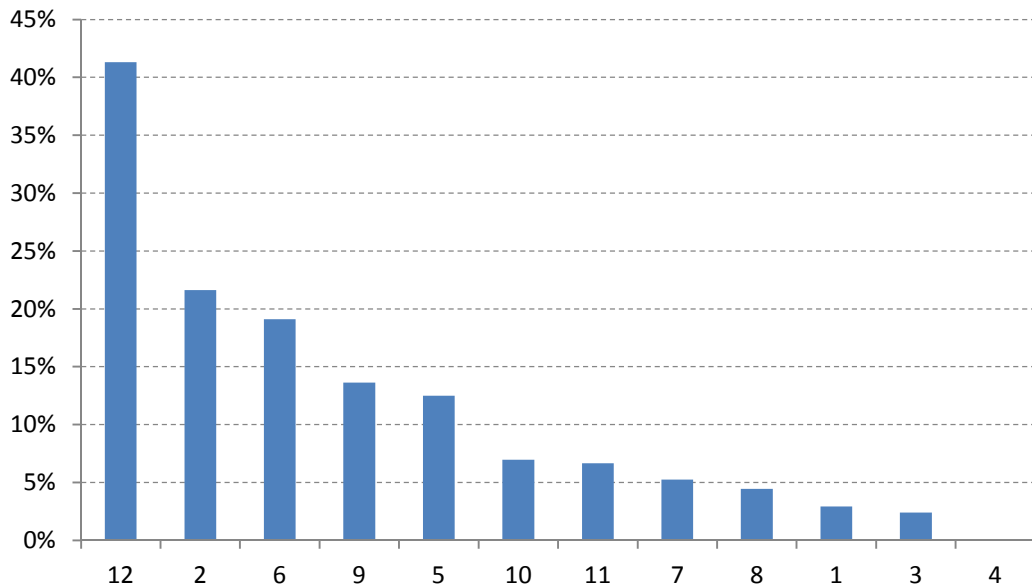
Tableau 29 : Fréquences des cas selon les principales indications en HJC (par ordre décroissant)

Indications	N	%	% cumulés
Autre stomato/dentisterie	109	21,46	21,46
Circoncision	92	18,11	39,57
Pose/retrait des drains trans-tympaniques	67	13,19	52,76
ORL : autres	40	7,87	60,63
Exérèse des végétations adénoïdes	31	6,10	66,73
Autres	27	5,31	72,04
Uro : autres	23	4,53	76,57
Exérèse des amygdales	22	4,33	80,90
Examen avec/ sans anesthésie générale	17	3,35	84,25
Dermato/chir réparatrice	15	2,95	87,20
Strabisme	14	2,76	89,96
Hernie inguinale/ombilicale	12	2,36	92,32
Retrait de matériel d'ostéosynthèse	12	2,36	94,68
Extraction des dents de sagesse	11	2,17	96,85
Ophtalmo : autres	10	1,97	98,82
Cure de mollusca	3	0,59	99,41
KT central : pose/retrait	3	0,59	100,00

Pathologies chroniques

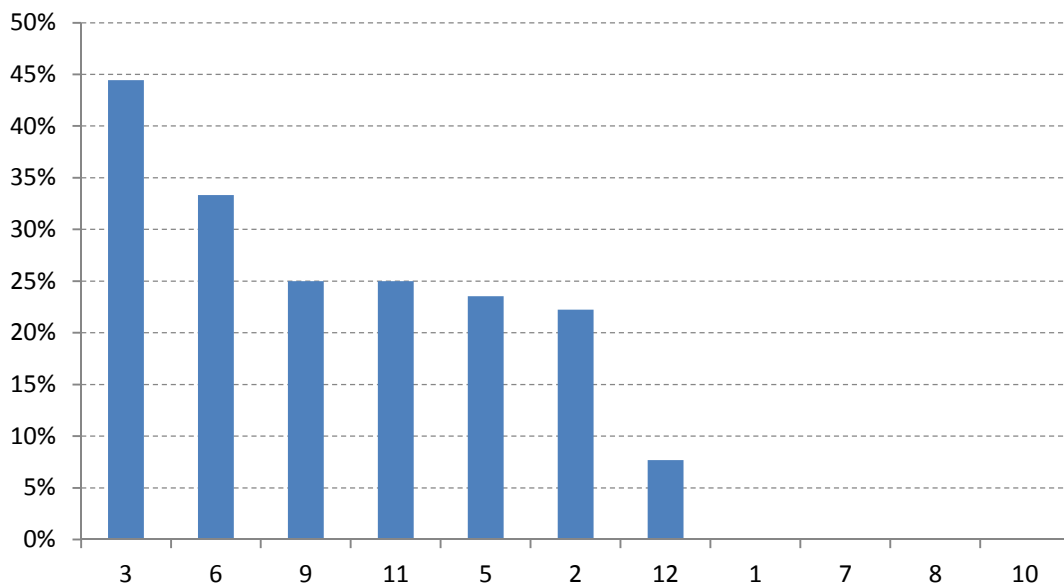
Comparé aux patients hospitalisés en HJM, en chirurgie de jour, seuls 13% des patients souffrent d'une pathologie chronique (soit 88 sur 640 patients). Cette proportion varie cependant entre les hôpitaux, concernant entre 0% et 41% des patients (Figure 31).

Figure 31 : Part de patients atteints d'une pathologie chronique selon les hôpitaux (%) (N=640)



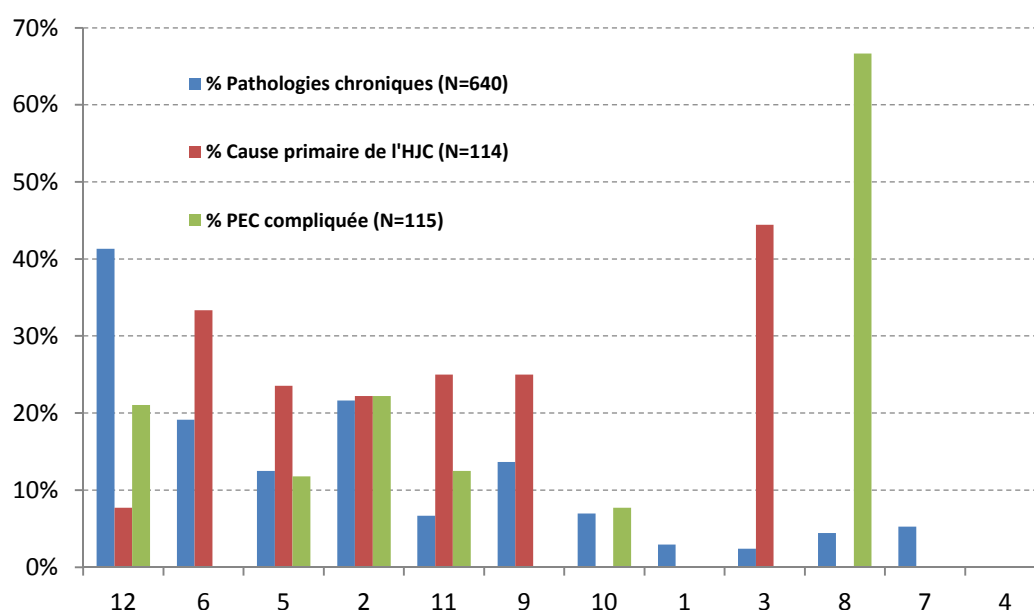
C'est dans 17.5% de ces cas (soit 20 sur 114 patients), contre 93% en HJM, que l'affection chronique a constitué la cause primaire de l'hospitalisation de jour. Là encore, la part est fortement variable selon les hôpitaux (Figure 32). Pour certains hôpitaux, un quart des patients atteints d'une affection chronique voire la moitié a été hospitalisée pour celle-ci. Pour d'autres, la pathologie chronique n'est jamais à l'origine de l'HJC.

Figure 32 : Dans chaque hôpital, part de patients atteints d'une affection chronique et pour lesquels celle-ci constitue la cause primaire de l'hospitalisation selon les hôpitaux (%) (N total =114)



Notons cependant que, pour les 12 hôpitaux confondus, dans 16% des cas la présence de la pathologie chronique chez le patient a compliqué sa prise en charge (Range : 0% - 67%). Nous présentons dans la même figure (Figure 33), selon les hôpitaux, la part de patients chroniques et parmi eux, premièrement, la part de patients dont la pathologie chronique est à l'origine de l'hospitalisation et deuxièmement la part de patients pour qui la prise en charge a été compliquée du fait de la pathologie chronique. On observe par exemple que l'hôpital 8 n'a, proportionnellement à son effectif total de patient accueilli, que très peu de patients chroniques (4.4%) et que pour aucun des patients la pathologie chronique n'était la cause de l'hospitalisation. Pour cet hôpital, la pathologie chronique présente chez le patient a souvent compliqué la prise en charge de l'indication pour laquelle le patient a été hospitalisé (67% des situations). Par contre, pour l'hôpital 2 qui compte relativement plus de patients chroniques dans sa clientèle (21.6%), la pathologie chronique est dans 1 cas sur 5 la cause de l'hospitalisation (22.2%), et pour la même part de patient celle-ci a compliqué la prise en charge.

Figure 33 : Part des patients avec pathologie chronique, et parmi eux, ceux dont la pathologie chronique est la cause primaire de l'HJC et ceux dont la prise en charge a été compliquée du fait de la pathologie chronique (%)
(par ordre décroissant des effectifs de patients chroniques selon les hôpitaux)



Les paragraphes suivants présentent les différentes pathologies chroniques rencontrées chez les patients hospitalisés en HJC. Les trois pathologies chroniques les plus représentées sont les affections neurologiques et/ou psychiatriques (20.45% des patients chroniques), les affections respiratoires et ORL (19.32%) et les

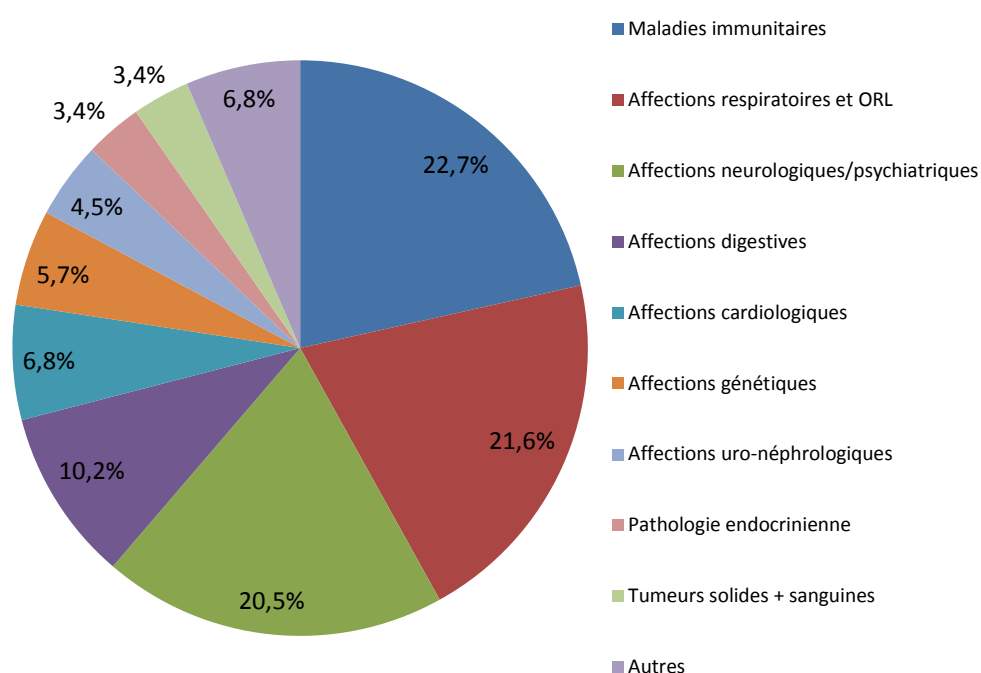
maladies immunitaires (18.18%). Les affections digestives concernent quant à elles moins de 10% de ces patients (Tableau 30).

Tableau 30 : Pathologies chroniques présentes chez au moins 5% des patients chroniques (ordre décroissant)

	N	%
Affections neurologiques/psychiatriques	18	20,45
Affections respiratoires et ORL	17	19,32
Maladies immunitaires	16	18,18
Affections digestives	8	9,09
Affections génétiques	5	5,68

La figure ci-dessous (Figure 34) présente à titre indicatif³⁷ la liste détaillée des pathologies chroniques présentes chez les patients hospitalisés en HJC durant l'enquête.

Figure 34: Type et fréquence des pathologies chroniques en HJC (N=88)³⁸



³⁷ Sous-rapportage important.

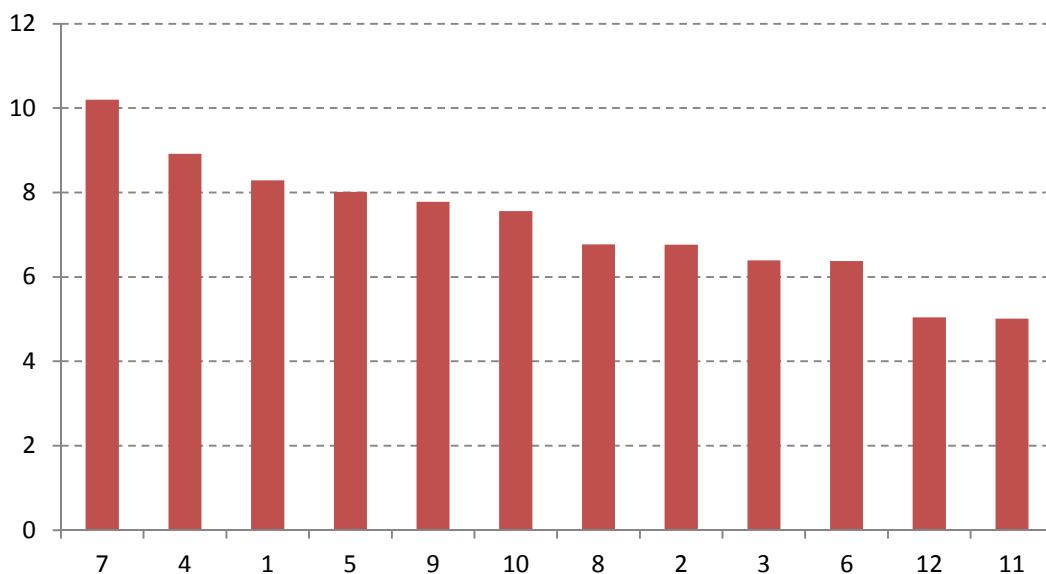
³⁸ Sous-rapportage important.

3.2.4.2.3 Spécificités des séjours

Durée de l'hospitalisation

Pour la population étudiée, les patients ont en moyenne été hospitalisés durant 6 heures et 42 minutes (IQR : 5 ; 12.9h) (N=405). Selon les hôpitaux, la moyenne a varié entre 5 h et 10h et 12 minutes (Figure 35). Relevons que la durée minimale observée pour un séjour a été de 15 minutes tandis que la durée maximale a quant-à-elle été de près de 13h.

Figure 35 : Durées moyennes des séjours selon les hôpitaux (en heure) (N=405)



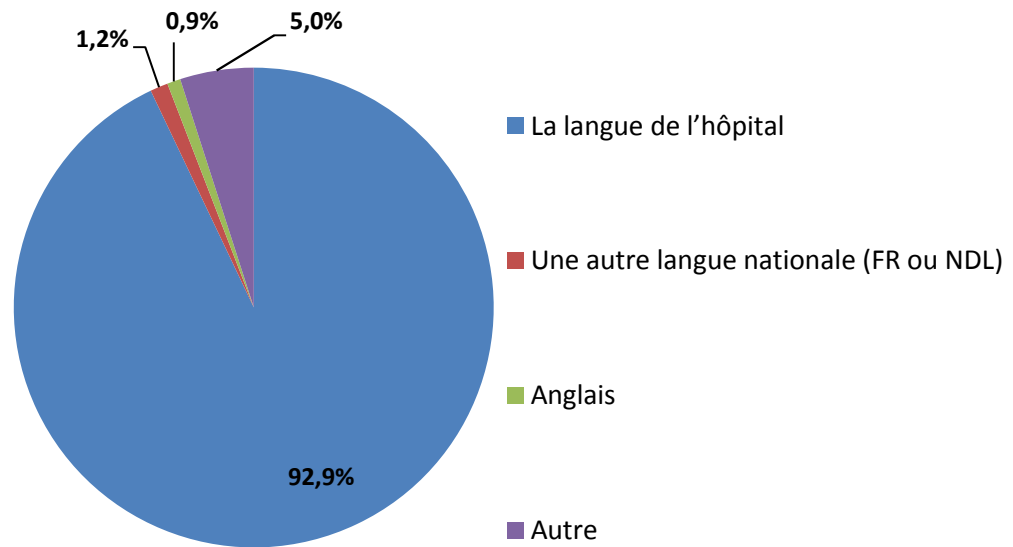
Destination des patients à la sortie de l'hospitalisation HJC

A la sortie de HJC, les patients sont très largement retournés à domicile, à savoir 98.6% (n=651). En effet, seuls 1.4% des patients ont du être hospitalisés dans le service de pédiatrie. Aucun patient n'a été admis aux soins intensifs et il n'y a pas eu non plus de transfert vers un autre hôpital durant la période étudiée.

Aspects linguistiques

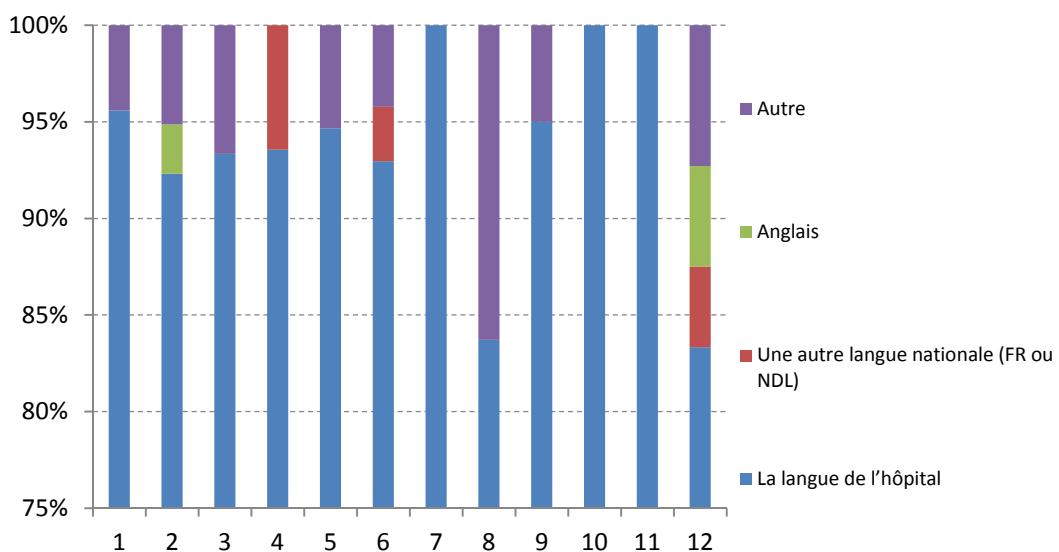
Comme pour les HJM, dans 93% des cas (à savoir 618 patients), la langue parlée par les accompagnants du patient HJC a été celle de l'hôpital (soit le français, soit le néerlandais (Figure 36). Quelques familles de patients se sont exprimées dans toute une série d'autres langues comme pour les plus fréquents le turc (8 cas), l'anglais (6 cas) ou l'arabe (6 cas). Au total moins d'1% des patients parlaient une langue non-européenne.

Figure 36 : Langue parlée par les patients (N= 665)



Nous présentons ci-après la répartition des langues parlées par les patients selon les hôpitaux (Figure 37). Sur l'ensemble, 3 hôpitaux ont accueillis des patients parlant l'autre langue nationale et 8 hôpitaux ont accueillis des patients parlant une langue autre que le néerlandais, le français ou l'anglais.

Figure 37 : Langue parlée par les accompagnants du patient (N=665), selon les hôpitaux



Globalement, à savoir dans 98.46% des cas, la langue n'a ni constitué un problème de communication ni une surcharge de travail pour l'institution (Tableau 31). Dans 10 situations seulement (soit 1.5% des cas), des complications liées à la langue ont été rapportées (nécessité de passer par un tiers « bilingue » pour communiquer avec la famille ou de recourir à un interprète externe).

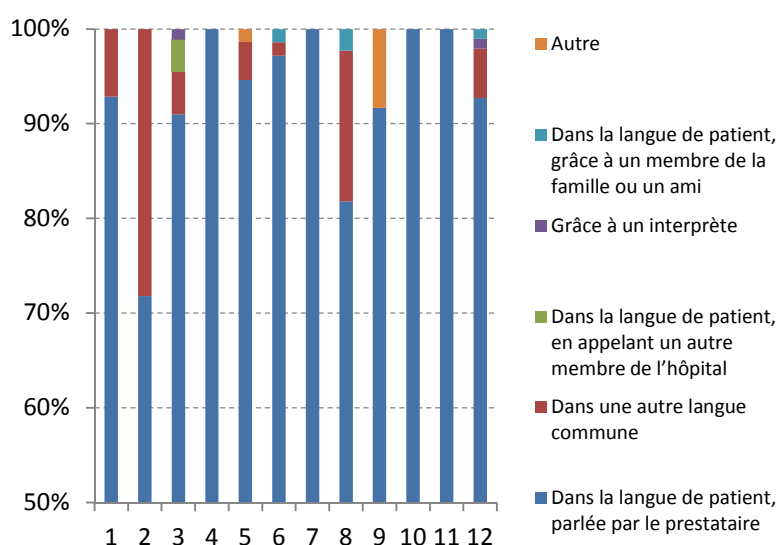
Tableau 31 : Mode de communication prestataire-patient

	N	%
Dans la langue de patient, parlée par le prestataire	612	93.01
Dans une autre langue commune	36	5.47
Dans la langue de patient, en appelant un autre membre de l'hôpital	3	0.46
Grâce à un interprète	3	0.46
Dans la langue de patient, grâce à un membre de la famille ou un ami	2	0.30
Autre	2	0.30

Ci-dessous sont présentés les modes de communication habituels entre prestataires et patients, selon les hôpitaux (Au total, les prestataires de 7 des 12 hôpitaux ont du s'exprimer dans une autre langue que la leur mais commune aux deux parties.

Figure 38). Au total, les prestataires de 7 des 12 hôpitaux ont du s'exprimer dans une autre langue que la leur mais commune aux deux parties.

Figure 38 : Mode de communication prestataire-patient, selon les hôpitaux

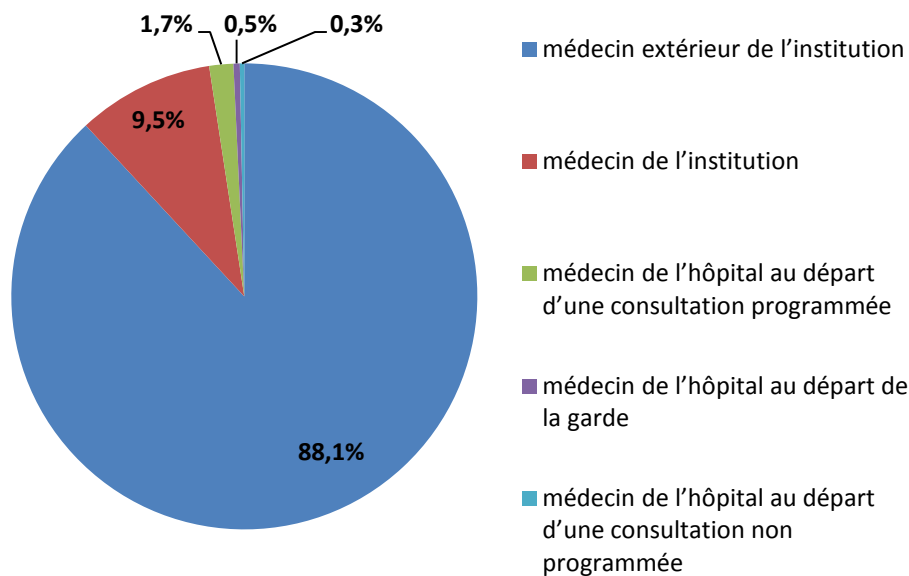


3.2.4.3 Caractéristiques relatives au mode d'organisation de l'activité HJC

Contexte de l'hospitalisation HJC

La décision de l'hospitalisation de jour chirurgicale a été prise par un médecin extérieur de l'institution dans 88% des situations (soit 584 patients) (Figure 38). Remarquons que, contrairement à ce que nous avons observé pour les hospitalisations de jour médicales, ce recours extérieur est plutôt monnaie courante en chirurgie. C'est donc uniquement dans 12% des cas que qu'un médecin de l'institution a été à l'initiative de l'intervention.

Figure 39 : Auteur de la décision de la PEC en hospitalisation de jour (N=663)



Les principales raisons pour lesquelles l'hospitalisation de jour chirurgicale a été recommandée (Tableau 30) au patient sont la nécessité d'une sédation (mentionnée dans 80% des cas), le financement (obligation réglementaire) (60%) et la non nécessité d'admettre le patient en hospitalisation traditionnelle (58%). Notons que la prise en compte du contexte socio-familial du patient est relativement négligée, mentionnée seulement dans 3% des situations (18 cas).

Tableau 30: Motifs de l'hospitalisation HJC (choix multiple possible)

	N	%
Nécessité d'une sédation	544	81
Financement (obligation réglementaire)	402	60
Hospitalisation traditionnelle non nécessaire	393	58
Facilité organisationnelle	121	18
Meilleure prise en compte du contexte socio-familial de l'enfant	18	3
Autre	8	1

96% des indications observées en HJC n'auraient pas pu être prise en charge en consultation. Les raisons évoquées sont essentiellement la nécessité d'une sédation (dans 89% des cas), la nécessité d'une surveillance particulière (49%) et la technicité ou la lourdeur du soin administré (39%) (Tableau 32).

Ainsi, dans 4% des situations (soit 26 patients), l'hospitalisation de jour chirurgicale aurait pu être prise en charge en consultation.

Par ailleurs, 7.31% des HJC (soit 46 patients) auraient pu nécessiter une nuitée à l'hôpital et donc une hospitalisation traditionnelle.

Tableau 32 : Raisons pour lesquelles l'indication n'aurait pas pu être prise en charge en consultation

	N	%
Nécessité d'une sédation	600	89
Nécessité d'une surveillance particulière	328	49
Technicité ou lourdeur du soin administré	265	39
Durée de l'intervention	190	28
Risques particuliers pour la santé de l'enfant	92	14
Autre	7	1

Prise en charge médicale et infirmière des patients hospitalisés en HJC

Les patients hospitalisés en HJC ont été vus par un ou plusieurs médecins durant leur séjour. Les trois spécialités les plus représentées sont l'anesthésie (68% des patients), l'ORL (41.7%), la chirurgie (21.1%) (Tableau 33). Seuls 7% des patients ont été vus par un pédiatre. Pourtant c'est pour 2% des patients uniquement qu'une consultation spécifiquement pédiatrique (consultation, premier avis ou second avis pédiatrique) a été comptabilisée (N =673).

Tableau 33 : Prise en charge médicale des patients en HJC (choix multiple possible) (N=640)

Spécialité	N	%
Anesthésiste	435	68,0%
ORL	267	41,7%
Chirurgien	135	21,1%
Urologue	85	13,3%
Stomatologue	64	10,0%
Dentiste	58	9,1%
Pédiatre	46	7,2%
Dermatologue	15	2,3%
Autre médecin (radiologue, ophtalmologue, orthopédiste, neurologue)	19	3,0%

De même, les patients peuvent être vus par plusieurs infirmiers de qualification différente. 70% des patients ont été pris en charge par des infirmiers et près de la moitié par des infirmiers pédiatriques (Tableau 34).

Tableau 34 : Prise en charge infirmière des patients en HJC (choix multiple possible) (N=637)

Spécialité	N	%
Infirmière (I)	447	70,2%
Infirmière pédiatrique (IP)	311	48,8%
Infirmière brevetée (IB)	197	30,9%
Elève infirmière ou stagiaire	142	22,3%
Aide-soignante (AS)	60	9,4%
Infirmière SIAMU (IS)	8	1,3%

Suivi des patients HJC

Parmi les patients ayant un médecin de référence, le médecin référent a été avisé de la fin de l'hospitalisation de jour de l'enfant dans les 7 jours qui l'ont suivie dans 88.83% des cas (soit 533 patients). C'est donc dans 11.17 % des cas (soit 67 patients) que le médecin n'a pas été averti de la fin de l'hospitalisation de jour de l'enfant dans les 7 jours qui l'ont suivie. Pour les cas où le médecin référent a été avisé, le mode de communication privilégié est le courrier postal (74%), suivi du courrier électronique (18%) ou par téléphone (8%). Remarquons que le même constat avait été mis en évidence pour les HJM.

95.35% (595 patients) des dossiers patients ont fait l'objet d'un résumé.

3.2.4.4 Synthèse des éléments clés de l'activité en HJC

Principaux éléments issus de l'enquête auprès de 12 hôpitaux concernant les hospitalisations de jour chirurgicales (HJC) :

- Volume de l'activité : L'échantillon comptait au total 672 patients pour 12 hôpitaux (Range³⁹ : 19 ; 95 patients) ;
- Séjours : Durée médiane des séjours : 6h42min (IQR⁴⁰ : 5 ; 12.9h) ; 98.6% retour à domicile
- Nature de l'activité : Répartition des patients selon principales catégories d'indication : ORL (32%), Urologie (25%) et Stomatologie (24%) ; 13% de patients chroniques (Range : 0% ; 41%) et parmi eux 17.5% (Range : 0% ; 44%) dont c'est la cause primaire de l'hospitalisation ;
- Éléments organisationnels : HJC essentiellement initiées par un médecin externe à l'hôpital (88%) ; Parmi les patients chroniques, 16% de complications liées à la PEC de la pathologie chronique (Range 0% ; 67%) ; Principale spécialité médicale : anesthésie (68%) ; Bon suivi du dossier patient au médecin traitant dans les 7 jours (89%)
- Principaux motifs de l'hospitalisation : Nécessité d'une sédation (rapportés pour 81% des cas) et motifs financiers (60%)
- Avantages HJC p/r consultation : Nécessité d'une sédation et surveillance particulière possible
- Spécificités de la patientèle : Age médian : 4 ans et 8mois (IQR : 2ans et 10 mois ; 8 ans) ; 16% de BIM (Range : 0% ; 35%)

³⁹ Range des hôpitaux : Valeur minimale - valeur maximale

⁴⁰ Interquartile Range : Premier quartile -troisième quartile de la distribution

3.2.5 Analyse des urgences pédiatriques

3.2.5.1 Rappel du contexte de l'enquête

Pendant la période d'enquête, 3332 questionnaires ont été complétés par les 12 hôpitaux. 112 questionnaires (3.5%) ont dû être écartés car les patients étaient âgés, au moment de l'enquête, de 16 ans ou plus. Au total, 3220 patients ont donc été retenus dans notre échantillon.

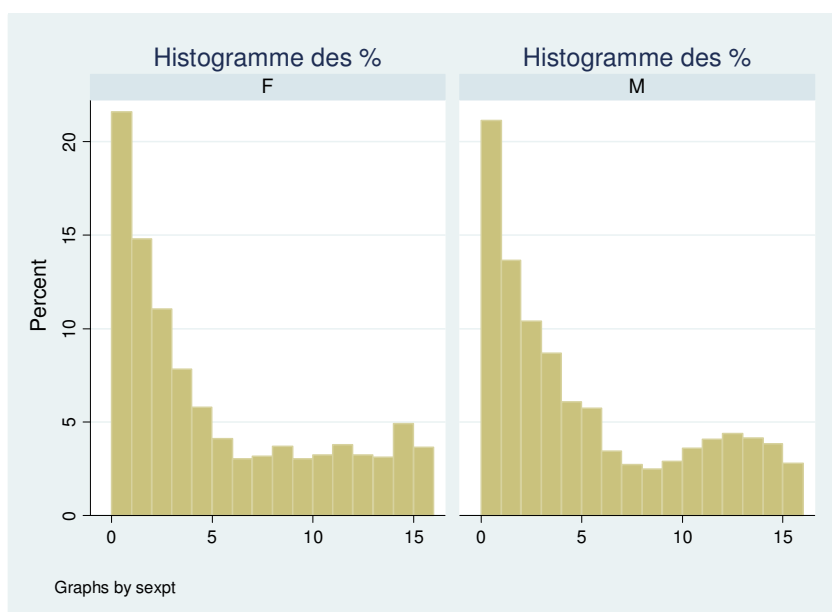
Pour rappel, les services d'urgences constituent la partie de l'hôpital dévolue à la prise en charge urgente des enfants malades (prises en charge non programmées). Tous les patients pédiatriques âgés de moins de 16 ans se présentant de manière non programmée aux urgences pédiatriques et vus dans les murs de l'hôpital ont été inclus dans cette enquête.

3.2.5.2 Spécificités de la patientèle des urgences pédiatriques

Sexe et âge des patients

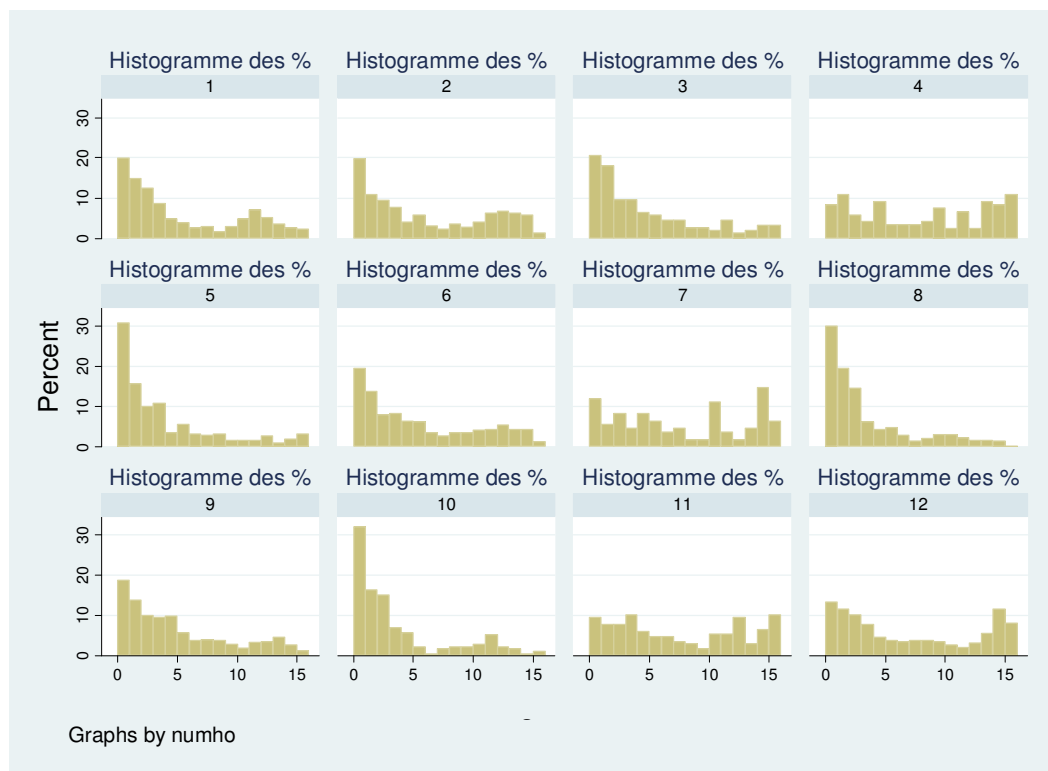
L'âge médian des patients admis aux urgences hospitalières pédiatriques est de 3 ans et 4 mois (IQR : 1.2 ; 9.1). Le plus jeune patient avait 2 jours et le plus âgé près de 15 et 11 mois. La distribution de l'âge montre l'importance du recours aux urgences par les très jeunes enfants par rapport aux plus âgés. Ce même constat a été établi pour les deux sexes, tant chez les filles que chez les garçons (Figure 40). Pour rappel, 53.3% des 3178 patients qui se sont présentés aux urgences étaient des garçons.

Figure 40 : Distribution de l'âge des patients (en années) vus aux urgences, selon le sexe (N=3220)



Selon les hôpitaux, la médiane de l'âge se situait entre 2 ans et 8 ans et 4 mois. La figure ci-après présente la variabilité des distributions de l'âge des patients pour les 12 hôpitaux participants (Figure 41).

Figure 41 : Distribution de l'âge des patients (en années), selon les hôpitaux (N=3220)

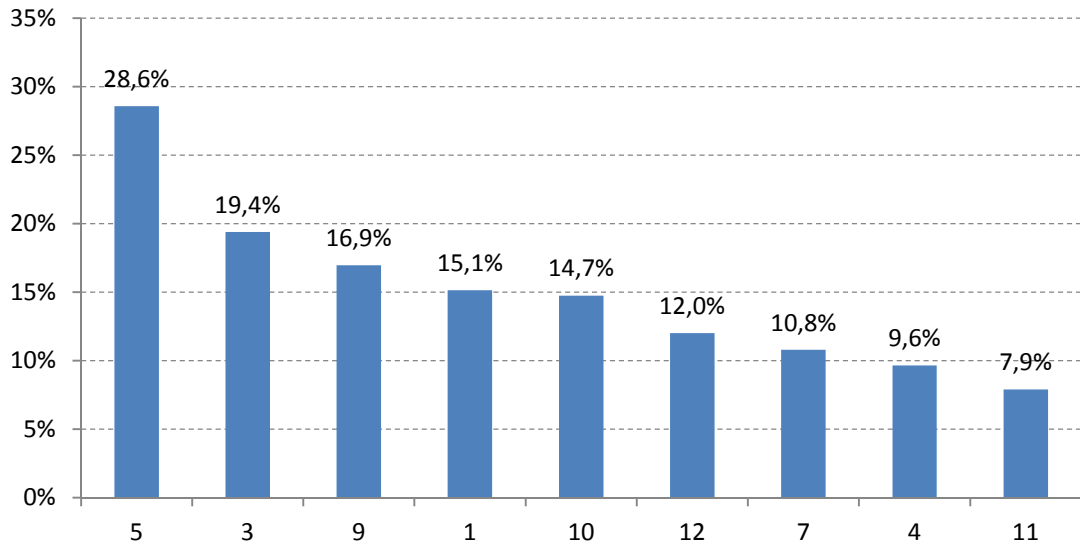


Patients bénéficiaires d'une intervention majorée

Pour rappel, dans l'ensemble des patients qui se sont présentés aux urgences, 16.6% (soit 320 patients) étaient bénéficiaires d'une intervention majorée (BIM). Selon les hôpitaux, cette part de patients BIM a varié entre 7.9% et 28.6% (Figure 42).

Figure 42 : Part des patients ayant droit à une intervention majorée (N=1931)

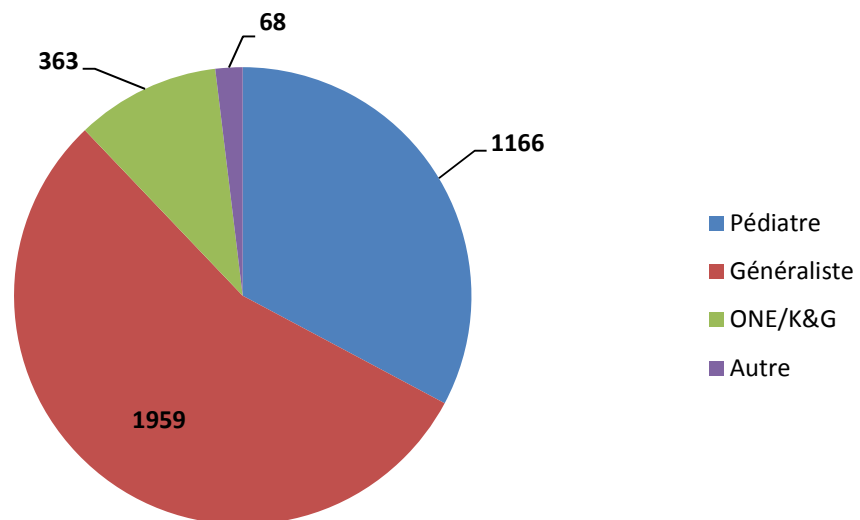
Hôpital	5	3	9	1	10	12	7	4	11
N	336	129	413	271	156	258	102	114	152



Médecin traitant du patient

87.56% des patients (soit 2844 cas) ont déclaré avoir au moins un médecin traitant attribué. Celui-ci est plus fréquemment un généraliste (71%) ou un pédiatre (42%) (Figure 43).

Figure 43 : Effectifs de patients ayant un médecin traitant (plusieurs choix possibles) (N=2752)



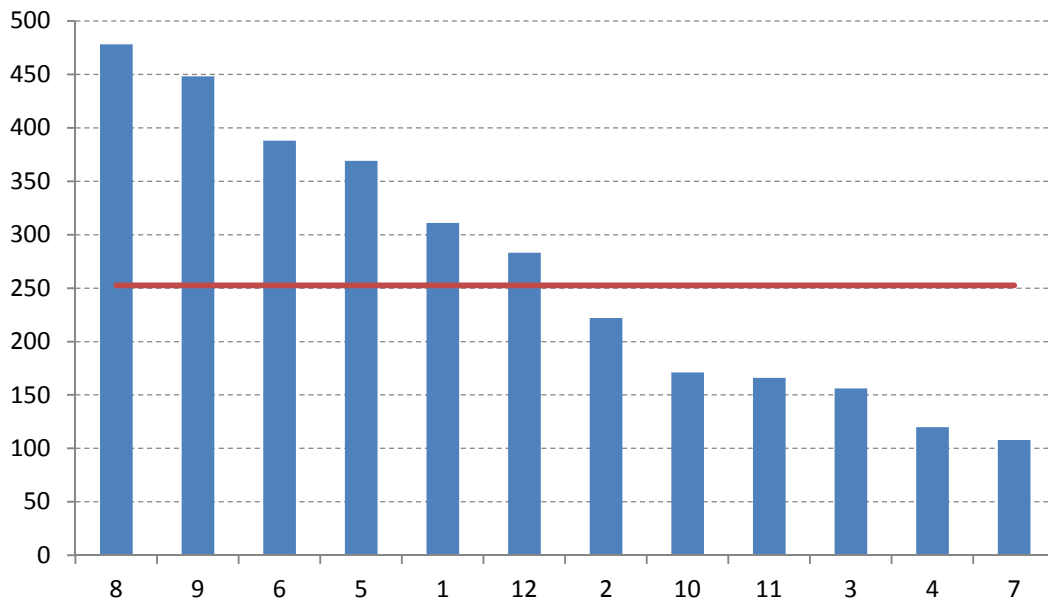
3.2.5.3 Description de l'activité aux urgences

3.2.5.3.1 Volume de l'activité

Pour rappel, durant l'enquête, 3220 patients ont été vus aux urgences par les 12 hôpitaux participants. Comme pour le pôle d'activité HJC, aux urgences pédiatriques, le volume d'activité passe du simple au quintuple selon les hôpitaux, à savoir 108 patients pour l'hôpital ayant eu la plus faible activité durant la période d'enquête à 478 patients pour l'hôpital avec l'activité la plus importante (Sur 2 semaines soit 14 jours d'enquêtes, ces chiffres nous indiquent une fréquentation allant de 8 à 34 patients vus par jour selon les hôpitaux. Figure 44).

Sur 2 semaines soit 14 jours d'enquêtes, ces chiffres nous indiquent une fréquentation allant de 8 à 34 patients vus par jour selon les hôpitaux.

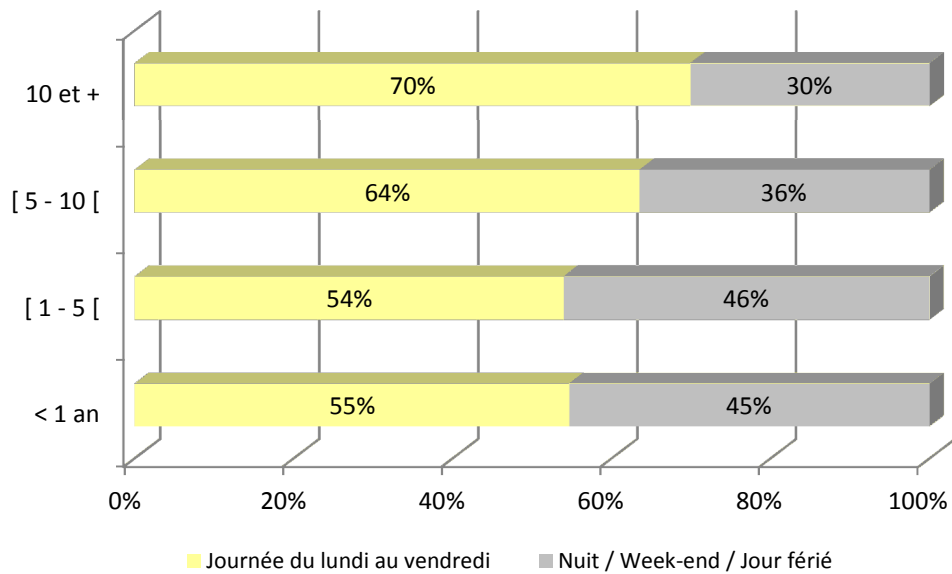
Figure 44 : Effectifs vus aux urgences pendant la période d'enquête et selon les hôpitaux (Nombre de cas) (N=3217)



L'exercice qui suit est proposé à titre illustratif. Rapportant linéairement ce taux de fréquentation sur une année, les 12 hôpitaux verraient annuellement plus de 80000 patients ($3220 \text{ patients} * 26 \text{ semaines} = 83720 \text{ patients/an}$). Bien entendu, cette estimation ne tient pas puisque les 2 semaines d'enquête ne sont évidemment pas représentatives des volumes d'activités vus tout au long d'une année.

La part des enfants vus durant les week-ends ou jours fériés varie entre 30% et 46% selon les classes d'âge (Figure 45) pour l'ensemble de la cohorte étudiée.

Figure 45 : Répartition des recours selon l'horaire et l'âge des patients (N=3197)



3.2.5.3.2 Nature de l'activité

Nous présentons ici les fréquences des principaux diagnostics présents chez les patients vus aux urgences (Tableau 35). Les pathologies orthopédiques et traumatologie sont les plus fréquentes et concernent près d'un tiers des prises en charge (31.5% des patients vus aux urgences). Ensuite viennent notamment les affections respiratoires (15.1%), les maladies digestives non-chirurgicales (12.7%) et les affections maladies virales (10.9%). Relevons cependant que pour un peu moins de 5% des patients le diagnostic de sortie est non défini.

Tous les autres diagnostics, dont le détail n'est pas exposé dans le tableau ci-dessous, sont présents chez moins de 2% des patients. Seuls quelques patients (0.1%), et donc une part plus que négligeable, se sont présentés alors qu'une absence de pathologie a été notifiée. De même pour seulement 4 patients (0.1%) le diagnostic de sortie s'est révélé être l'inquiétude des patients.

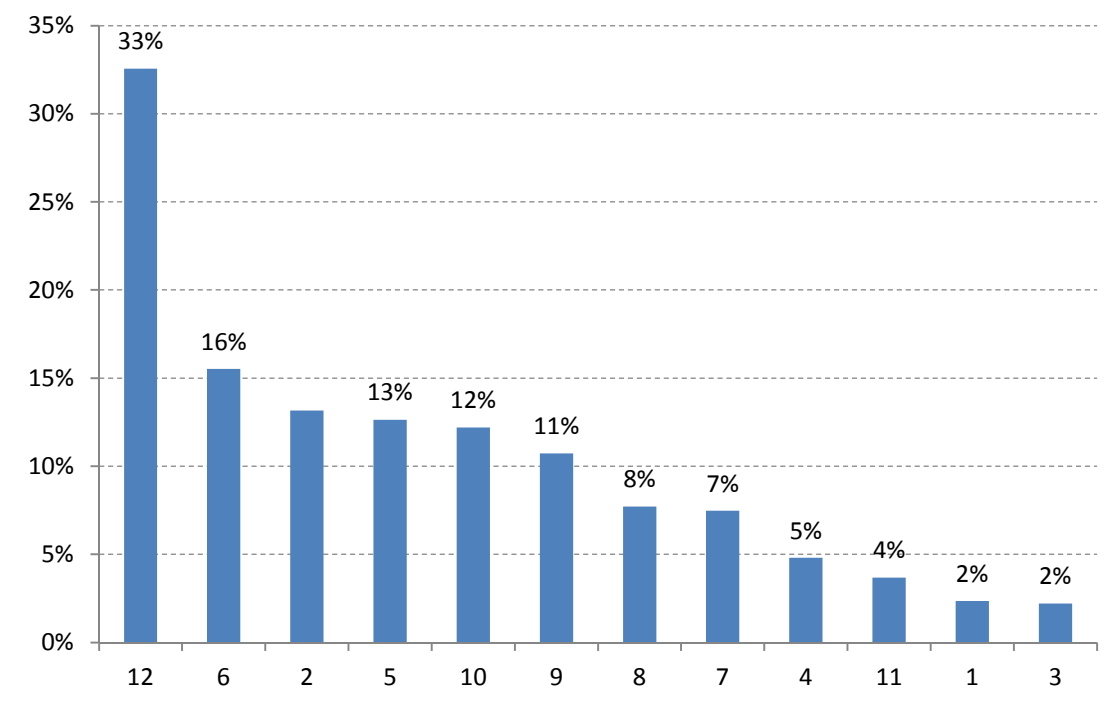
Tableau 35 : Diagnostics de sortie présents chez au moins 2% des patients vus aux Urgences (par ordre décroissant des fréquences)

	N	%	% cumulés
<u>PATHOLOGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATO</u> : pronation douloureuse, rhume de hanche, entorse, arrachement osseux, ostéomyélite, fracture, contusion des membres et des extrémités, trauma crânien/commotion cérébrale/ plaies du crâne suturées ou pas/trauma facial, blessures, chutes sans précision	861	31,1%	31,1%
<u>AFFECTIONS RESPIRATOIRES</u> : bronchites, bronchiolites, pneumonies, toux diverses, TBC, pneumomédiastin, asthme	417	15,1%	46,2%
<u>MALADIES DIGESTIVES NON-CHIRURGICALES</u> : reflux gastro-œsophagien, GEA, coliques, œsophagite, constipation, ingestion de corps étranger, prolapsus rectal, diarrhée de retour, iléite, fécalome, adénite mésentérique, aéroentérie et –colie, spasmes œsophagiens, colopathie fonctionnelle, purpura d’Hénoch-Schönlein	351	12,7%	58,9%
<u>MALADIES VIRALES</u> : varicelle, adénopathies axillaires, adénopathies inguinales, myalgies, syndrome grippal	303	10,9%	69,8%
<u>PATHOLOGIE ORL</u> : laryngite, otites, mastoïdite, rhinite, pharyngite, trachéite, angine, adénites cervicales, amygdalite, épistaxis, sinusite, bouchons dans les oreilles, corps étranger dans une narine ou dans la gorge (arête de poisson), complications post-chirurgie ORL, étouffement	218	7,9%	77,7%
<u>AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES HORS BRÛLURES</u> : urticaire, impétigo, eczéma, balanite, scarlatine, cellulite, éruptions diverses, pelade, érythème polymorphe, purpura, herpès, mycose du siège, infection de plaie opératoire, plaies sanglantes suturées ou pas	123	4,4%	82,1%
<u>DIAGNOSTIC NON DÉFINI</u> , anomalies biologiques sans étiquette, fièvre sans origine	115	4,2%	86,3%
<u>AUTRES DIAGNOSTICS</u>	380	13,7%	100%
Total	2768	100%	

Pathologies chroniques

11.3% des patients (soit 337 patients) souffrent d'une ou plusieurs pathologies chroniques. Ce résultat est similaire à celui observé en HJC (à savoir 13%). La part de patients chroniques varie fortement selon les hôpitaux passant de 2.2% à 32.6% (Figure 46).

Figure 46: Pour chaque hôpital, part des patients atteints d'une affection chronique (N total =2984)



Pour 98.2% (soit 331 patients), l'affection chronique présente chez le patient a constitué la cause primaire de son recours aux urgences. Les prestataires ont rapportés que celle-ci a compliqué la prise en charge dans 95.3% des situations (soit 321 patients).

Pour ces patients chroniques, les principales affections observées sont les affections respiratoires et ORL, les affections neurologiques et psychiatriques et les affections digestives, présentes chez au moins 10% des patients vus aux urgences (Tableau 36).

Tableau 36 : Fréquence des pathologies chroniques présentes chez les patients vus aux Urgences (ordre décroissant)

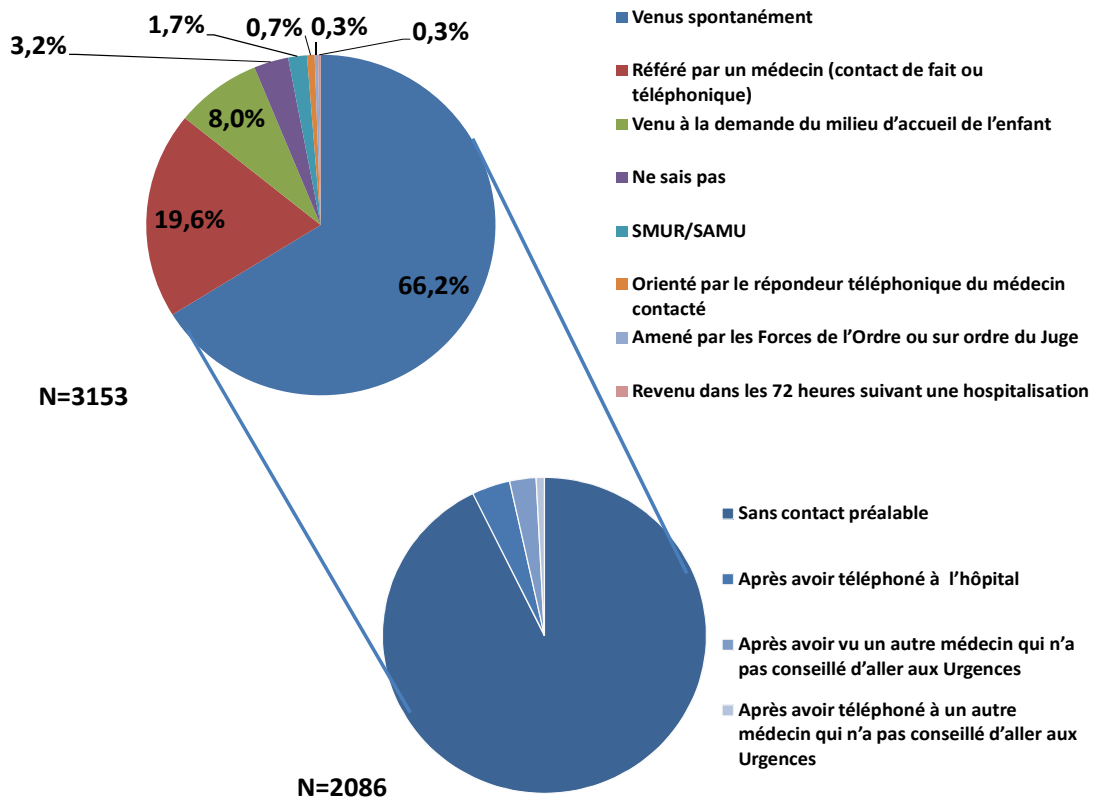
	N	%
Affections respiratoires et ORL	77	23,5%
Affections neurologiques/psychiatriques	56	17,1%
Affections digestives	39	11,9%
Affections uro-néphrologiques	30	9,2%
Maladies immunitaires	26	8,0%
Cumul de plusieurs affections chroniques	24	7,3%
Affections cardiologiques	13	4,0%
Oncologie (tumeurs solides et sanguines) et Hématologie	12	3,7%
Pathologie endocrinienne et maladies métaboliques	9	2,8%
Affections génétiques	8	2,4%
Autres	33	10,1%
Total	327	100,0%

3.2.5.4 Spécificités des séjours aux urgences

3.2.5.4.1 Décision du recours

Parmi l'ensemble des patients vus aux urgences, 66.2% se sont présentés spontanément (et essentiellement sans contact au préalable), 19.6% ont été référé par un médecin et 8% se sont présentés à la demande du milieu d'accueil de l'enfant (Figure 47). Ces éléments montrent l'importance de la garde hospitalière dans la première ligne. Le service des urgences de l'hôpital joue un rôle central dans la première ligne pour une part importante de la population qui y recourt.

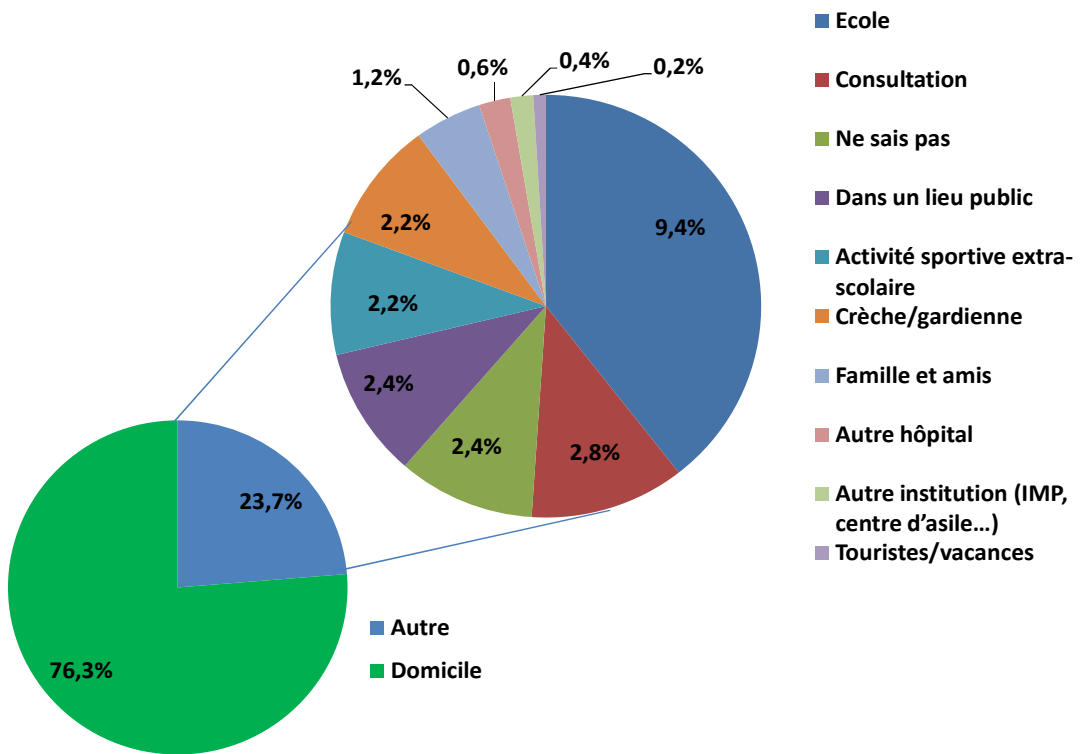
Figure 47 : Répartition des arrivées aux urgences selon l'origine de la décision du recours



3.2.5.4.2 Modes d'admission, provenance des patients et raison du recours

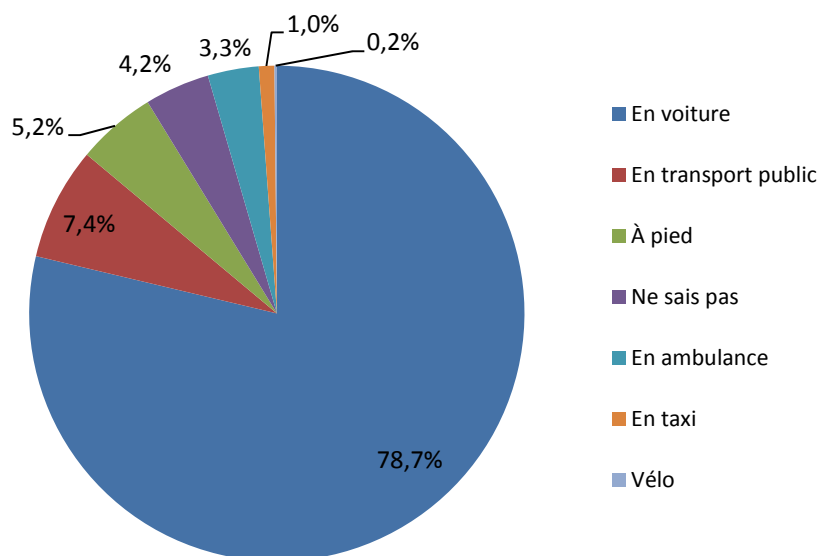
Les patients vus aux urgences provenaient essentiellement de leur domicile (76.3%) (Figure 48). Parmi les 23.7% autres, un grande part provenait de l'école, d'autres d'une consultation, d'un lieu public, etc.

Figure 48 : Lieu de provenance du patient (avant son arrivée aux urgences)
(N=3187)



Les patients sont essentiellement arrivés aux urgences en voiture (78.7%) (Figure 49). Notons cependant que 3.3% sont arrivés en ambulance.

Figure 49 : Mode d'arrivée aux urgences (N=3182)



Sur 3156 patients, 77.6% ont mis moins d'une demi-heure pour atteindre les urgences, 12.5% ont mis entre 30 minutes et 1 heure, et 1.6% plus d'une heure. Les autres n'ont pas pu évaluer le temps de leur trajet d'arrivée aux urgences.

L'analyse de l'urgence ressentie par les parents de l'enfant vu aux urgences a montré que près de la moitié d'entre eux la perçoivent comme une urgence modérée (45.5%) (Tableau 37). Le recours aux services d'urgence pédiatrique est alors justifié par l'impossibilité d'attendre de voir le médecin demain ou du fait d'un délai non raisonnable avant une consultation. En second lieu, vient le fait que la prise en charge a été jugée par les parents comme nécessitant des services spécialisés (32.9%). C'est dans 7.9% des situations seulement que l'urgence a été perçue comme vitale ou extrême.

Tableau 37 : Degré d'urgence ressenti par les parents

	N	%
Urgence extrême/vitale	250	7,9%
Urgence modérée :	1435	45,5%
- <i>la situation ne peut attendre de voir le médecin demain</i> ⁴¹	1045	33,2%
- <i>aucun médecin ne peut me voir dans un délai raisonnable</i>	390	12,4%
La prise en charge nécessite des services spécialisés	1038	32,9%
Pas vraiment d'urgence, mais c'est toujours aux urgences que je viens quand mon enfant est malade ⁴²	358	11,4%
Autre (référé par le MT, la police...) ⁴³	2	0,1%
Ne sait pas	68	2,2%
Total	3151	100,0%

⁴¹ Dont le cas suivant : Quand l'enfant est amené par l'école, on considérera qu'il y a une « Urgence modérée mais la situation ne peut attendre de voir le médecin demain »

⁴² Quand les familles viennent à la garde pour voir le médecin traitant de l'enfant qui y travaille, ou parce qu'elles connaissent le système de la consultation sans rendez-vous, ou parce qu'il n'y a pas de médecin traitant ou parce que les soins délivrés sont bons

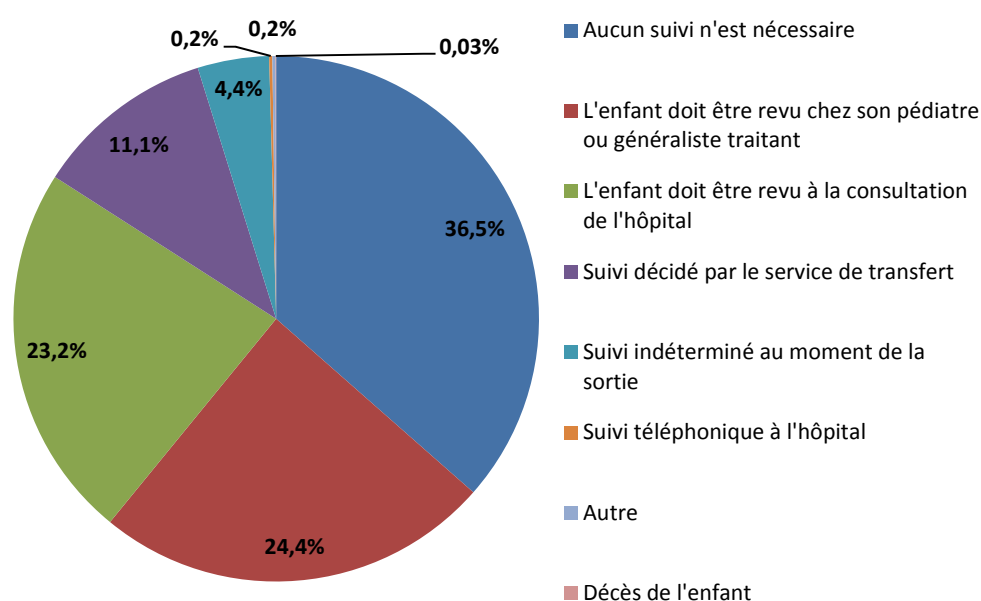
⁴³ Dont les réponses type « envoyé par le médecin traitant/le pharmacien »

3.2.5.4.3 Suivi du patient

Pour 36.5% des patients vus aux urgences, aucun suivi n'est nécessaire (Figure 50). Dans près d'un quart des situations (24.4%), une visite chez le pédiatre ou le généraliste traitant a été recommandée et d'un près d'un autre quart (23.2%) une visite à la consultation de l'hôpital a été recommandée.

Un seul décès a été observé dans la population d'étude.

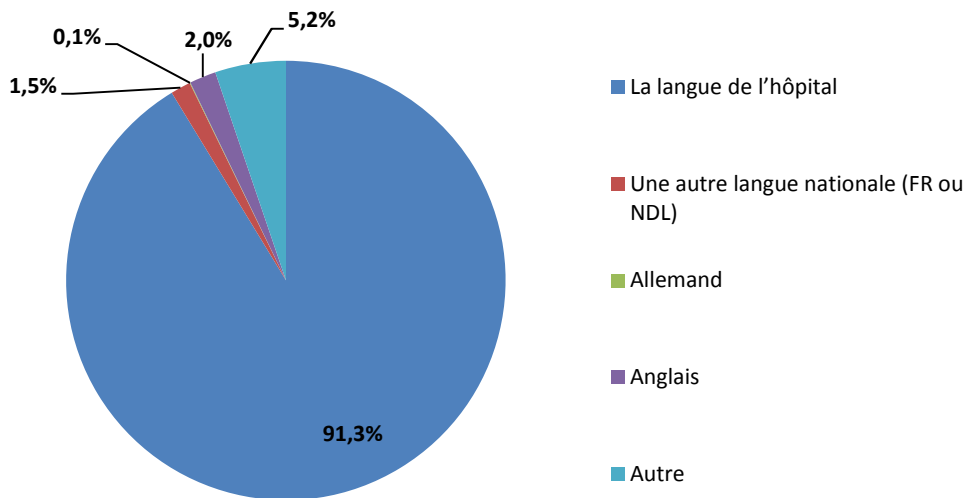
Figure 50 : Suivi des patients vus aux urgences (N=3006)



3.2.5.4.4 Aspects linguistiques

La langue parlée par les patients a été dans 91.3% des cas (soit 2894 patients) celle de l'hôpital et donc des prestataires (Figure 51). 2% des patients avait pour langue de communication l'anglais et 1.5% le néerlandais dans un hôpital à caractère francophone ou inversement.

Figure 51 : Langue parlée par les accompagnants du patient (N=3170)



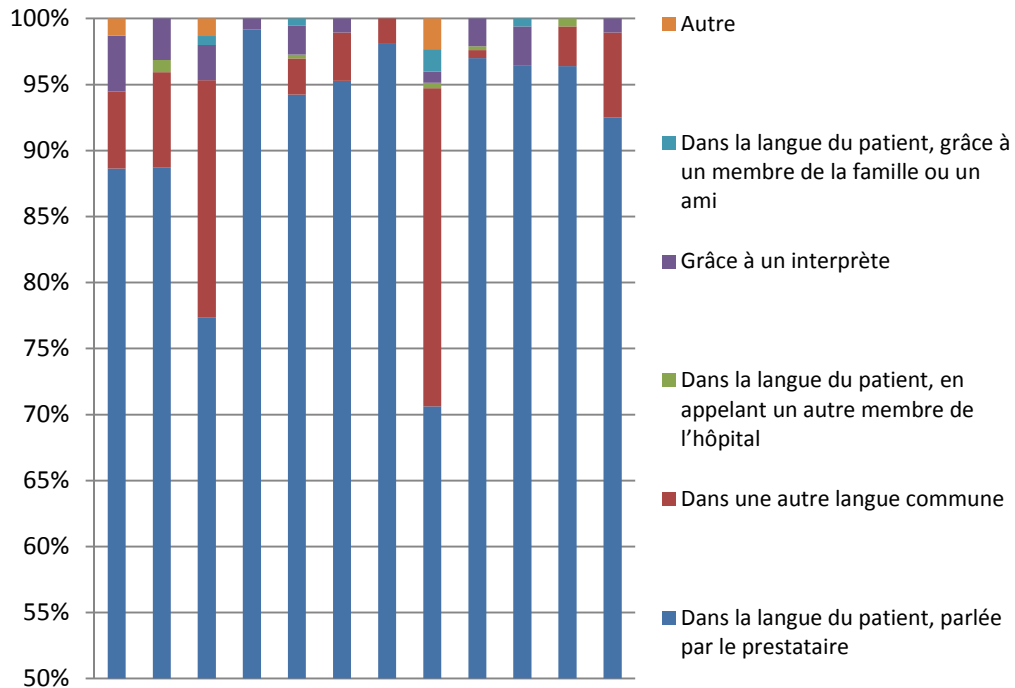
Sur l'ensemble de la population étudiée, dans 97% des cas, le prestataire a communiqué dans la langue du patient ou dans une autre langue commune aux deux parties (Tableau 38). C'est donc dans 3% des situations qu'il a fallu faire appel à une tierce personne (interprète, membre de la famille, autre prestataire).

Tableau 38 : Mode de communication prestataire-patient

	N	%
Dans la langue du patient, parlée par le prestataire	2760	89,7%
Dans une autre langue commune	226	7,3%
Dans la langue du patient, en appelant un autre membre de l'hôpital	7	0,2%
Grâce à un interprète	56	1,8%
Dans la langue du patient, grâce à un membre de la famille ou un ami	12	0,4%
Autre	17	0,6%
Total	3078	100%

En observant les modes de communication utilisés entre prestataires et patients, dans tous les hôpitaux, les prestataires ont été amenés à parler une autre langue que celle du patient mais dans des proportions différentes (Figure 52). Pour deux hôpitaux, cette situation s'est produite pour environ un quart des patients présents aux urgences.

Figure 52 : Mode de communication prestataire-patient, selon les hôpitaux (N=3078)



3.2.5.5 Analyse des flux de patients vus aux urgences

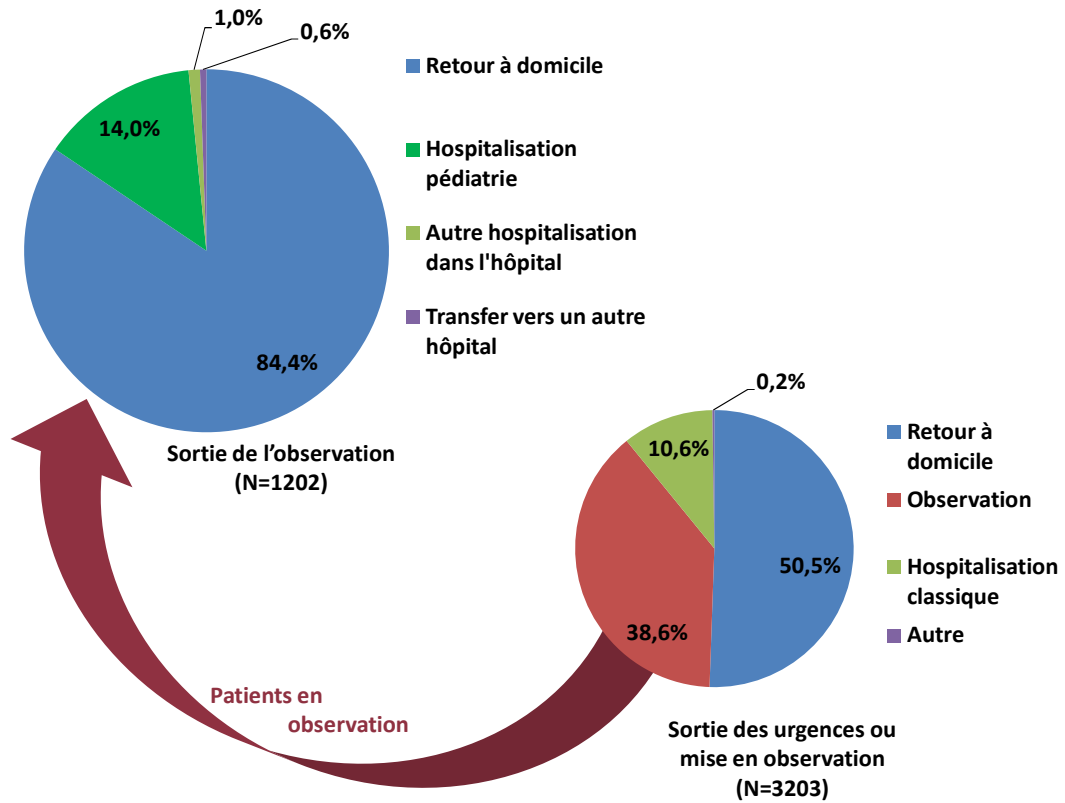
3.2.5.5.1 Parcours des patients

Sur l'ensemble des patients arrivés aux urgences (N=3203), 83% sont retournés à leur domicile et 16.6% ont été hospitalisés. Quelques patients ont quitté les urgences (« fuites ») soit avant, soit après la première évaluation (moins d'1%).

Parmi cet ensemble des patients vus aux urgences, 38.6% (soit 1237 patients) ont été mis en observation suite au premier contact avec un soignant (Figure 53).

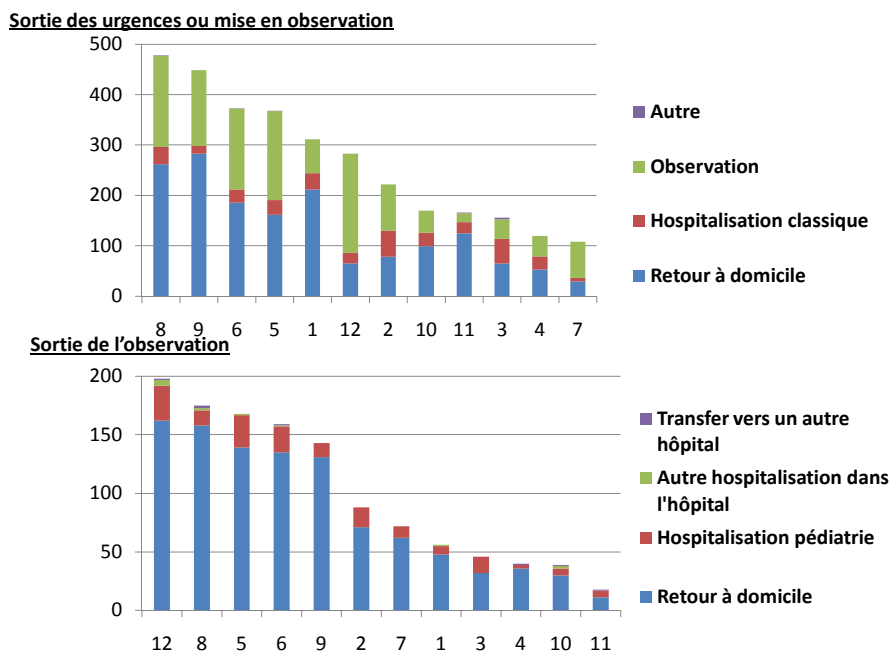
Au début de l'observation (N=1195), 84.4% de retour à domicile avait été pronostiqué contre 15.6% d'hospitalisation. En observant la ventilation des destinations des patients à l'issue de l'observation, la ventilation des patients confirme la tendance.

Figure 53 : Orientation des patients à la sortie des urgences et à la sortie de l'observation



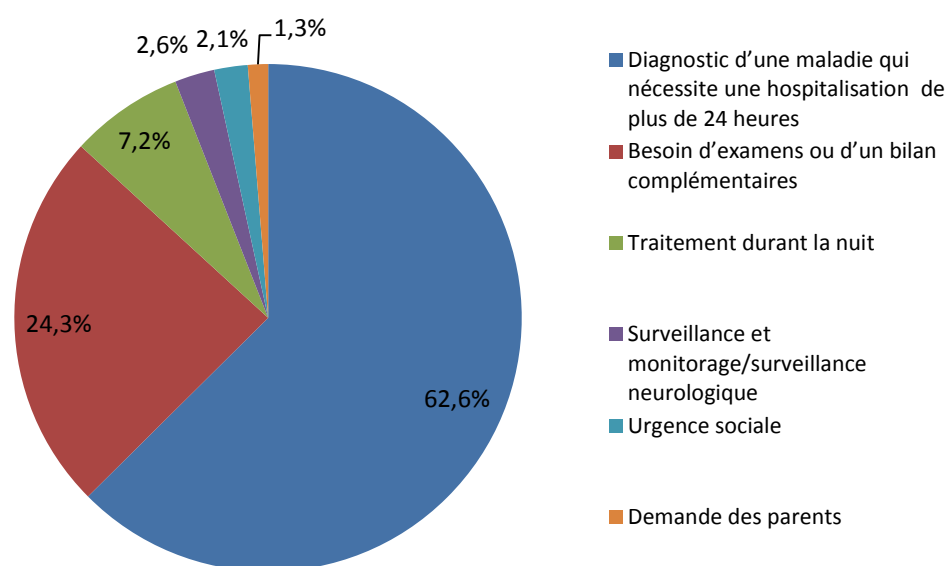
La ventilation des patients selon les différentes destinations est relativement similaire pour les 12 hôpitaux étudiés (Figure 54).

Figure 54 : Effectifs de patients par hôpital selon leurs destinations



Pour les 10.6% patients directement hospitalisés (Figure 53), on trouve essentiellement une maladie qui nécessite une hospitalisation de plus de 24 heures et donc l'admission en pédiatrie. Ce motif a été observé chez 62.6% des patients des urgences hospitalisés en pédiatrie (Figure 55). Les autres motifs sont respectivement le besoins d'examens complémentaires, le traitement durant la nuit, la surveillance, l'urgence social ou la demande de parents.

Figure 55 : Ventilation des patients selon les motifs d'hospitalisation en pédiatrie (N=235)



Nous avons fait le même exercice pour les patients vus aux Urgences puis en observation. Ces éléments sont présentés dans la section qui suit (Figure 56).

3.2.5.5.2 Situation des patients vus aux Urgences et mis en observation

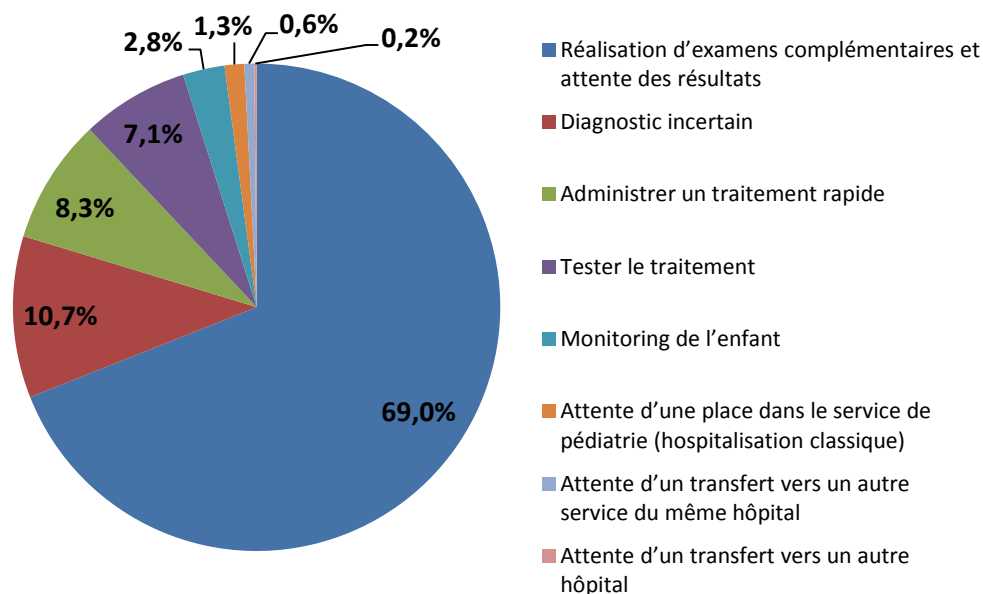
Rappelons que l'effectif total de patients vus aux urgences et mis en observation a été de 1237 (soit 38.6% patients vus aux urgences) pour les 12 hôpitaux durant la période d'enquête.

Pendant cette période d'observation (N=1169), l'enregistrement des paramètres toutes les heures s'est fait chez 14.9% de ces patients mis sous observation. Autrement dit, 85.1% des patients mis en observation n'ont pas nécessité un relevé de leurs paramètres toutes les heures.

Parmi l'ensemble des patients pédiatriques des urgences mis en observation, la plupart l'ont été pour la réalisation d'examens complémentaires et l'attente de résultats (69%) (Figure 56). Pour les autres patients mis en observation, la raison

évoquée était dans l'ordre : un diagnostic incertain, administrer un traitement rapide, tester la faisabilité d'un traitement à domicile, surveiller le patient ou attendre la libération d'une place en pédiatrie ou dans un autre service. Notons cependant que les motifs d'observation ont été rapportés pour 616 patients seulement, il y a donc eu sous-rapportage pour cette donnée.

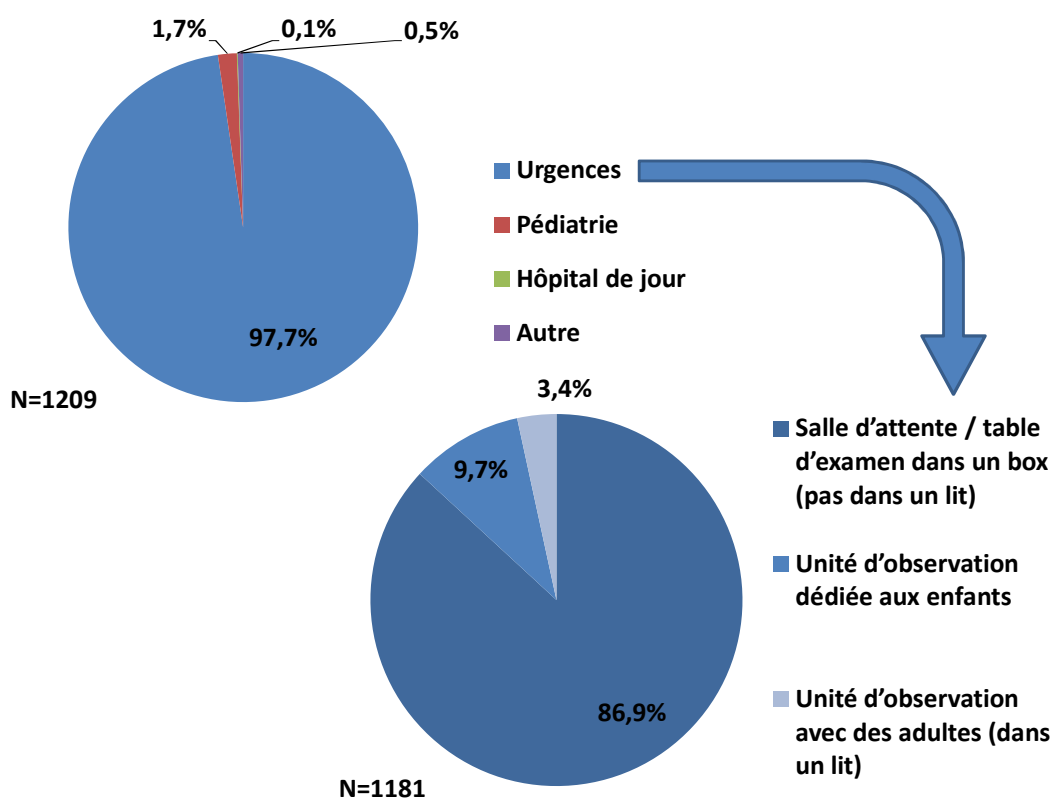
Figure 56 : Ventilation des patients selon les motifs de mise en observation (N=616)



Pour les cas où le diagnostic était incertain (N=615), la période d'observation a permis de préciser le diagnostic dans 84.3 % des cas. Pour les cas où il y a eu lieu de tester un traitement (N=162), c'est dans 88.3% de cas que la période d'observation a permis de décider de la faisabilité d'un traitement à domicile. Sur base de ces deux seuls constats, la période d'observation a été utile à au moins quatre cinquièmes de ces patients.

Parmi l'ensemble des patients qui ont été mis sous observation (N=1209), la plupart (97.7%) sont restés dans le service des urgences, deux dizaines (1.7%) dans le service de pédiatrie et quelques-uns (0.1%) en hôpital de jour (Figure 57). Parmi ceux restés aux Urgences, la plupart ont séjourné « assis » dans une salle d'attente (86.9%) ; les autres dans une unité d'Observation dédiée aux enfants ou avec des adultes.

Figure 57 : Localisation des patients mis sous observation (N=1209)



3.2.5.5.3 Analyse des délais d'attente et des durées de présence aux urgences

3.2.5.5.3.1 Délai d'attente avant la première prise en charge

Parmi l'ensemble des patients pédiatriques arrivés aux urgences, 36.4% ont été pris en charge dans les 10 minutes, 34.7% dans la demi-heure et 15% dans l'heure. 14% ont dû attendre 1 heure ou plus avant d'être pris en charge (Tableau 39).

Tableau 39 : Effectifs de patients vus aux urgences selon les catégories de temps d'attente (N=3222)

	N	%
< 10 min	1172	36%
10-29 min	1118	35%
30-59 min	482	15%
1 heure ou plus	450	14%
Total	3222	100%

3.2.5.5.3.2 Durées de présence aux urgences (de la première prise en charge du patient à sa sortie des urgences)

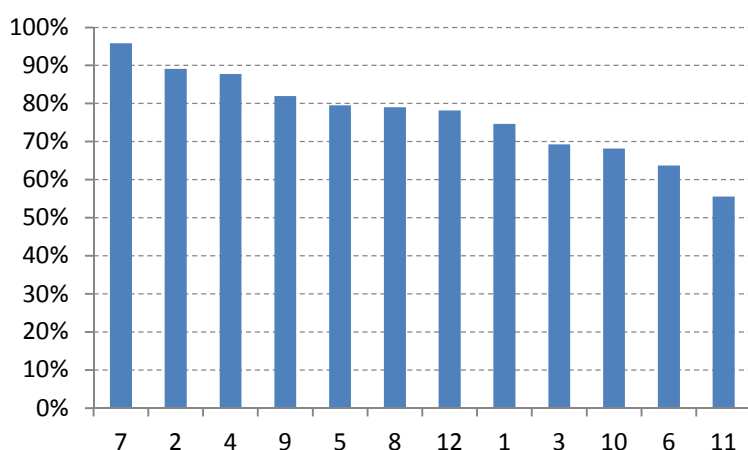
A partir de la première prise en charge⁴⁴, les durées médianes de présence aux urgences sont respectivement de 110 minutes (IQR : 65 ; 175 min) pour les patients mis en observation contre 50 minutes (IQR : 25 ; 90 min) pour les autres. Remarquons que la durée médiane de présence aux urgences est plus que 2 fois supérieure pour les patients mis en observation. Cependant la dispersion des observations est importante dans les deux sous-groupes. Les premiers, vus aux urgences mais sans avoir été spécifiquement mis en observation, sont restés jusqu'à 15h et 25min dans le service. Les seconds, vus aux urgences et gardés en observation, sont quant à eux restés jusqu'à 28h et 35 min.

Parmi les patients mis en observation, moins d'un quart sont restés 4 heures ou plus dans les urgences (Tableau 41). La grande majorité des patients mis en observation sont donc présents dans le service des urgences pour de relativement courtes durées. Cette part a varié entre 56% et 96% selon les hôpitaux (Figure 58).

Tableau 40 : Effectifs de patients selon la durée de présence aux urgences

	N	%
<4h	966	78%
4h et plus	271	22%
Total	1237	100%

Figure 58 : Part des patients mis en observation moins de 4 heures, selon les hôpitaux



Les dispersions des distributions des durées d'observation diffèrent sensiblement selon la destination des patients. Les médianes les plus importantes sont

⁴⁴ Hors délai d'attente qui couvre le temps écoulé entre l'arrivée du patient aux urgences et le moment de la première prise en charge (cf point précédent).

rencontrées chez les patients en attente d'un transfert extérieur vers un autre hôpital et chez ceux qui ont été transférés en pédiatrie. Les effectifs étant très réduits dans certains sous-groupes, nous ne présentons pas ici le détail chiffré pour tous les groupes. Notons que les sous-groupes de patients « retour à domicile » (soit 84% des patients mis en observation) et transfert vers le service de pédiatrie (14%) regroupaient les effectifs les plus importants. Parmi les retours à domicile, 86% des patients sont restés moins de 4h aux urgences tandis que pour les patients admis en pédiatrie la part tombe à 63%.

3.2.5.6 Caractéristiques relatives au mode d'organisation des services d'urgences

Prise en charge médicale et infirmière des patients hospitalisés aux Urgences

Les patients ont pu être vus pas un ou plusieurs médecins durant leur prise en charge.

Sur l'ensemble des patients vus aux Urgences, les prestataires ont rapportés que 59.8% d'entre eux ont été pris en charge exclusivement par un pédiatre ou un assistant post-gradué en pédiatre (Tableau 41). 6.5% supplémentaires ont en outre bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire et ont été également été vus par un pédiatre ou par un assistant post-gradué en pédiatre. Au total, 66.2% (2133 patients) ont donc été vus par un pédiatre ou par un assistant post-gradué en pédiatre.

Or au vu des consultations pratiquées⁴⁵ par les pédiatres pour ces mêmes patients, 56% du total de patients sont concernés (Range : 3.4%-86.5% selon les hôpitaux).

Revenons un instant aux autres prestataires de soins impliqués dans la prise en charge des patients. Par différence, 1087 patients (soit 33.8%) n'ont donc pas été vus par un pédiatre. Cependant, pour certains de ces patients, il a néanmoins été nécessaire d'avoir indirectement recours à un pédiatre. Nous l'avons observé pour moins de 10% de ces patients.

Sur l'ensemble de la population, au total, moins de 20% des patients ont été pris en charge uniquement par un urgentiste et près de 14% par une prise en charge multidisciplinaire sans visite de la part d'un pédiatre.

⁴⁵ Observations déclarées. Il s'agit ici des actes spécifiquement pédiatriques rapportés dans les actes intellectuels réalisés par les pédiatres à savoir les consultations pédiatrie et premiers et seconds avis pédiatriques.

Tableau 41 : Prise en charge médicale des patients des patients vus aux urgences (N=3220)

	N	%
Pédiatre (ou assistant) uniquement	1925	59,8%
Urgentiste (ou assistant) uniquement	642	19,9%
PEC multidisciplinaire sans pédiatre (ou assistant)	445	13,8%
PEC multidisciplinaire dont au moins un pédiatre (ou assistant)	208	6,5%
Total	3220	100,0%

De même que pour la prise en charge médicale, les patients ont pu être vus par plusieurs infirmières durant leur passage aux Urgences. Notons que 32.4% du total des patients vus aux Urgences ont fait l'objet d'une prise en charge par une infirmière pédiatrique (Tableau 42). Cependant l'infirmière SIAMU a été la plus sollicitée avec 50.6% des patients pris en charge par celle-ci.

Tableau 42 : Prise en charge infirmière des patients des Urgences (choix multiple possible) (N= 2322)

	N	%
Infirmière SIAMU	1174	50,6%
Infirmière pédiatrique	753	32,4%
Infirmière	276	11,9%
Infirmière brevetée	69	3,0%
Aucune	29	1,2%
Aide-soignante	16	0,7%
Autre	5	0,2%

3.2.5.7 Identification et discussion autour des urgences appropriées

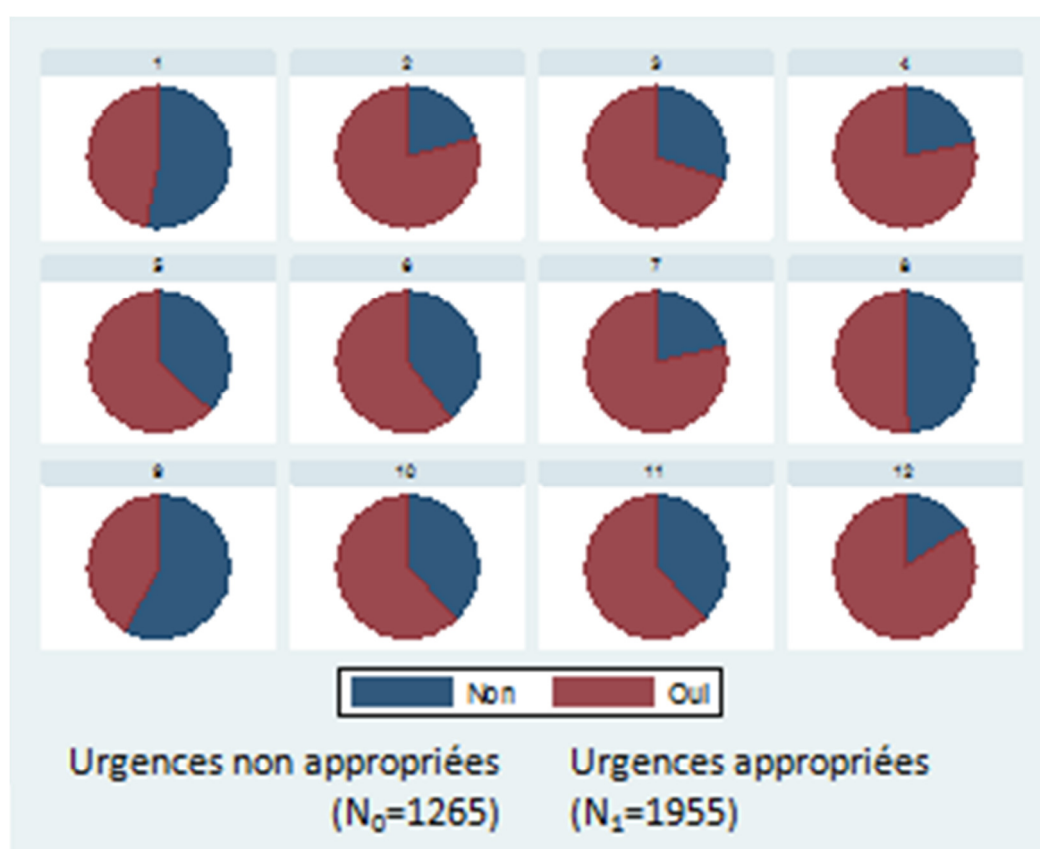
Plusieurs critères ont été retenus par l'équipe de recherche afin de définir une urgence appropriée. La présence d'au moins un des critères suivants a permis de qualifier le recours du patient comme approprié :

- l'enfant a été adressé par un médecin de l'extérieur de l'hôpital (référence)
- l'enfant est arrivé en SAMU ou en SMUR
- l'enfant a été amené par la police
- la visite aux urgences a été suivie d'une hospitalisation ou d'une mise en observation
- l'enfant est décédé après la visite aux urgences
- l'enfant a eu besoin d'un plâtre

Selon ces critères, sur l'ensemble des patients vus aux urgences, 60.7% des situations (soit 1995 patients) sont jugées appropriées. Par déduction, 39.3% des recours sont ainsi jugés inappropriés. Pour ces derniers, il aura lieu de s'interroger sur la pertinence de leur recours et l'utilisation qu'ils font des services d'urgences hospitalières.

Comme le montre la figure suivante (Figure 59), passant de 42.2% à 84.1%, la part de recours appropriés dans le total des patients vus aux urgences varie selon les hôpitaux. C'est essentiellement pour deux hôpitaux parmi les 12 participants que la part de recours inapproprié est plus importante que celle des recours appropriés.

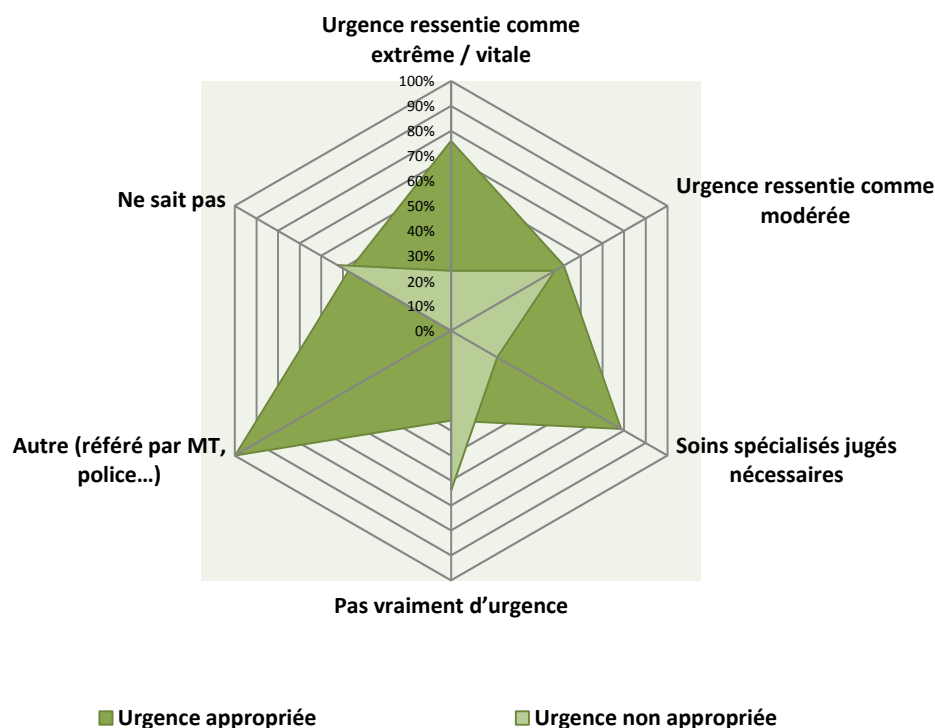
Figure 59 : Part des recours appropriés parmi les patients vus aux Urgences, selon les hôpitaux



Si l'on s'intéresse maintenant au degré d'urgence ressentie par les parents et au type d'urgence (appropriée versus inappropriée), les éléments révélés nous laissent à penser que le degré d'urgence ressentie constitue un assez bon prédicteur des recours appropriés (Figure 60). En effet, parmi les patients pour lesquels l'urgence a été ressentie comme extrême (N=242), 76% des recours correspondaient à des recours dits appropriés. Ce pourcentage tombe à 52% chez les patients pour lesquels l'urgence a été ressentie comme modérée (N=1386). Pour les patients pour lesquels des soins spécialisés ont été jugés nécessaires (N=1003), 79% des situations ont été appropriées. Lorsque les patients étaient conscients que leur recours ne

relevait pas vraiment de l'urgence⁴⁶, et c'est là un résultat intéressant, 64% de recours correspondaient en effet à des recours dits non appropriés. Une grande majorité des patients auraient éventuellement alors pu recourir à une alternative aux services d'urgence et probablement plus adaptée à leurs besoins. Notons que la catégorie « autre » ne comptait pas un nombre significatif de patients (N=2) pour tirer une conclusion.

Figure 60 : Part des recours appropriés et inappropriés selon le degré d'urgence ressentie par les patients (N=3142)



Parmi les urgences appropriées, 90% des patients sont suivis par un médecin traitant alors que ce taux passe à 84% pour les urgences inappropriées. Ce différentiel de pourcentage est statistiquement significatif (Tableau 43).

⁴⁶ « C'est toujours aux urgences que je viens quand mon enfant est malade »

Tableau 43 : Répartition des patients suivis par un médecin traitant selon le type d'urgence

	Médecin traitant		
	Oui	Non	Total
Urgences appropriées	1718 <i>90%</i>	188 <i>10%</i>	1906 <i>100%</i>
Urgences inappropriées	1037 <i>84%</i>	198 <i>16%</i>	1235 <i>100%</i>
Total	2755	386	3141

$p < 0,001$

Sans surprise (cf. définition de l'urgence appropriée présentée ci-dessus), quand l'urgence est inappropriée, le recours spontané est significativement plus important (86% des patients contre 44% pour les urgences appropriées) (Tableau 44).

Tableau 44 : Répartition des patients venus spontanément selon le type d'urgence

	Recours spontané		
	Oui	Non	Total
Urgences appropriées	851 <i>44%</i>	1066 <i>56%</i>	1917 <i>100%</i>
Urgences inappropriées	1083 <i>86%</i>	183 <i>14%</i>	1266 <i>100%</i>
Total	1934	1249	3183

$p < 0,001$

Le fait d'avoir un médecin traitant et de le contacter constitue également un élément différencié selon que l'urgence soit appropriée (37% des patients) ou pas (70% des patients) (Tableau 45).

Tableau 45 : Répartition des patients venus spontanément et suivis par un médecin traitant selon le type d'urgence

	Recours spontané & Médecin traitant		
	Oui	Non	Total
Urgences appropriées	730 <i>37%</i>	1225 <i>63%</i>	1955 <i>100%</i>
Urgences inappropriées	881 <i>70%</i>	384 <i>30%</i>	1265 <i>100%</i>
Total	1611	1609	3220

$p < 0,001$

Le moment de la visite joue également un rôle, parmi les recours inappropriés, 49% ont été réalisés durant les nuits, weekend et jours fériés contre 35% pour les recours appropriés (Tableau 46).

Tableau 46 : Répartition des patients selon l'horaire du recours et le type d'urgence

	Jour	Nuit-WE- Jour Férié	Total
Urgences appropriées	1256 65%	686 35%	1942 100%
Urgences inappropriées	641 51%	614 49%	1255 100%
Total	1897	1300	3197

p < 0,001

3.2.5.8 Identification et discussion autour des observations appropriées

La définition⁴⁷ française des courts séjours pédiatriques aux urgences au sens strict du terme, à savoir les observations, se base sur la prise en compte des 3 critères suivants :

- Être dans un lit
- Avoir un relevé des paramètres toutes les heures
- Être hospitalisé au moins 4 heures

Nous avons appliqué cette définition à la population belge. Ce faisant, nous arrivons à un total 17 patients (soit 1.4% du total des mises en observation) pour les 12 hôpitaux étudiés. Cet effectif est négligeable au regard des volumes de patients observés en France.

Nous avons cependant souhaité en savoir plus sur les observations en Belgique. Pour ce faire, nous nous sommes inspiré de la définition française et avons qualifié de véritable observation, dite observation « réelle », les cas qui, durant leur période d'observation aux urgences, rencontraient les deux critères suivants :

- Être dans un lit (que ce soit aux urgences, dans une unité d'observation avec des adultes ou dédiées aux enfants ou en pédiatrie dans un lit d'hospitalisation classique) (N=161)
- Avoir un relevé des paramètres toutes les heures (N=174)

⁴⁷ Cf. Revue de la littérature sur les courts séjours pédiatriques aux Urgences.

Nous n'avons donc pas retenu ici le critère imposant un délai minimum comme en France.

Par déduction, dans notre exercice, les autres situations ne sont donc pas de réelles observations et ont dès lors été qualifiées de « consultations prolongées ».

Sur l'ensemble des patients vus aux urgences et mis en observation, 96% correspondaient à des consultations prolongées tandis que 4% relevaient d'une réelle observation (Tableau 47).

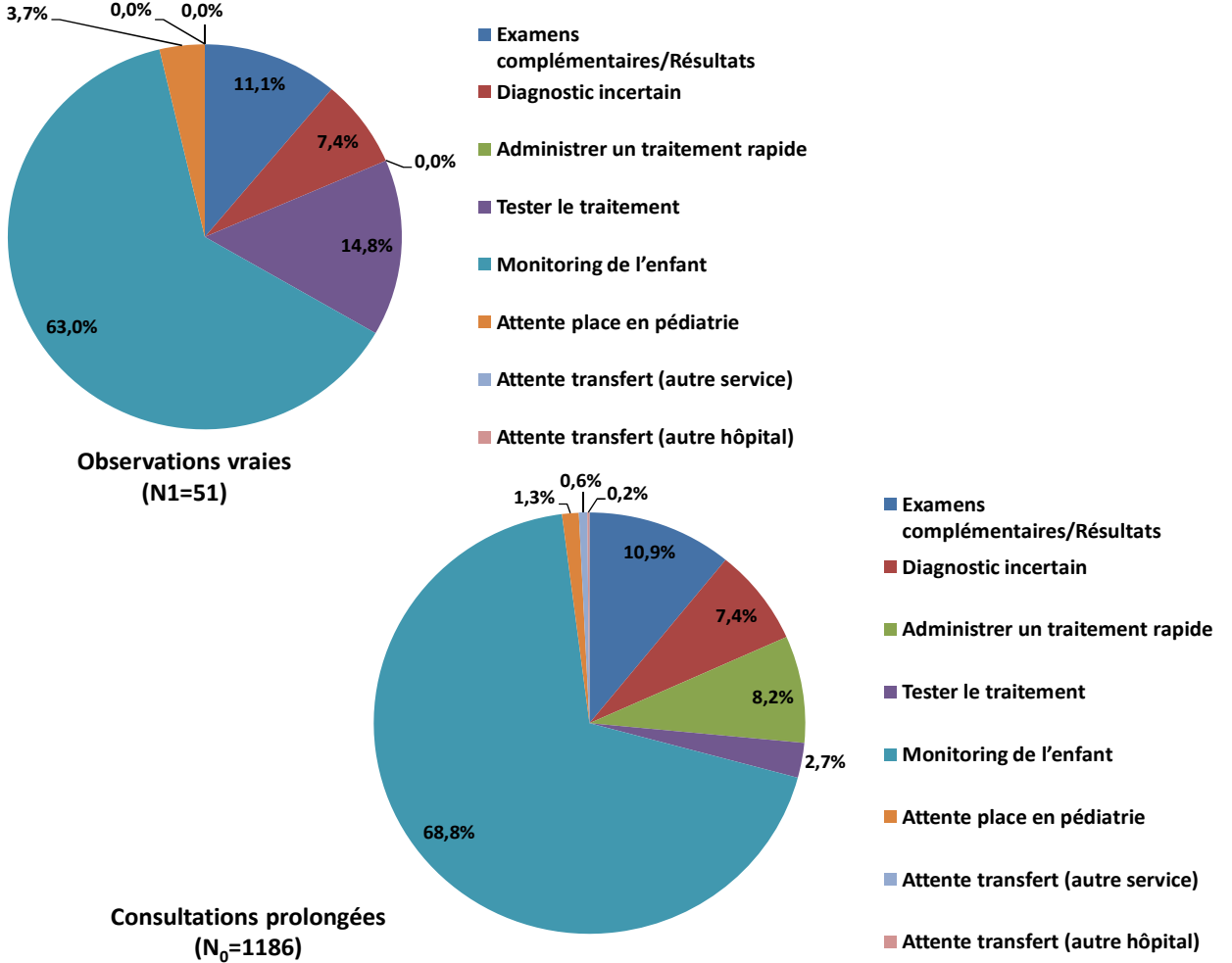
Tableau 47 : Effectifs des patients selon les catégories d'observation (N = 1237)

Catégorie d'observation	N	%
Consultation prolongée	1186	96%
Observation "réelle"	51	4%
Total	1237	100%

Notons que les paramètres ont été relevés entre 1 et 10 fois selon les patients et ce relevé s'est effectué soit par le médecin, soit par l'infirmier. Si notre définition d'observation réelle est élargie aux patients ayant eu un relevé au moins une fois durant leur présence aux urgences, la part de patients monte à 10% (soit 123 patients sur le total disponible de 1237 patients).

Parmi les observations vraies (N=51), 63.0% des patients ont été mis en observation pour monitoring (contre 68.8% dans l'autre groupe), 14.8% pour tester le traitement (contre 2.7%) et 11.1% pour des examens complémentaires et attente de résultats (10.9%) (Figure 61). Le fait de devoir administrer un traitement rapide s'est présenté chez 8.2% des patients sous consultations prolongées alors que cette situation n'est pas apparue parmi les observations vraies.

Figure 61 : Répartition des effectifs selon les raisons de leur observation



3.2.5.9 Synthèse des éléments clés de l'activité aux urgences

Urgences pédiatriques : Les principaux éléments issus de l'enquête auprès de 12 hôpitaux

- Volume et nature de l'activité du service : Echantillon de 3220 patients pour 12 hôpitaux (Range⁴⁸ : 108 ; 478 patients) dont plus d'un quart durant les week-ends et jours fériés ; Trois principales catégories d'indications : pathologies orthopédiques et traumatologie (31.1%), affections respiratoires (15.1%) et maladies digestives non-chirurgicales (12.7%) ; 11.3% de patients chroniques (Range : 2%- 33%) et parmi eux 98.2 % dont c'est la cause primaire du recours aux urgences
- Nature et volume de la charge de travail : 66% des patients pris en charge par un pédiatre ou un assistant pédiatre ; plus d'un tiers par PEC par une infirmière pédiatrique
- Eléments organisationnels : 56% (3.4%-86.5%) de consultations spécifiquement pédiatriques ; Parmi les 11% de patients chroniques, 95.3% de complications liées à la PEC de la pathologie chronique
- Les séjours : 76.3% des patients provenaient de leur domicile ; 83.1 % retour à domicile
- L'observation : 38.6% des patients vus aux urgences ont été mis en observation dont 4% d'observations qualifiées de vraies; Durée médiane de l'observation : 110 minutes (IQR : 65-175 min) [contre 50 minutes (IQR : 25-90 min) pour les autres patients] ; Réalisation d'exams complémentaires et attente de résultats (69% des patients) ; Enregistrement des paramètres toutes les heures (14.9%) ; Confirmation possible des diagnostics incertains dans 84.3% des situations concernées ; Conclusion possible grâce au test d'un traitement dans 88.3% des cas concernés; Patients essentiellement localisés aux urgences (97.7%)
- Urgences appropriées : selon les critères retenus, 60.71% des recours étaient appropriés ; variabilité importante entre les hôpitaux (Range : 42.2% ; 84.1%)
- Spécificités de la patientèle : Age médian : 3 ans et 4 mois (IQR : 1.2 an; 9.1 ans) mais variabilité des distributions selon les hôpitaux (range : 2 ans ; 8 ans et 4 mois) ; 16.6% de BIM (Range : 7.9% ; 28.6%) ; 7.9% des patients considéraient le degré d'urgence comme extrême/vital.

⁴⁸ Range : Valeur minimale ; valeur maximale pour l'hôpital

3.3 Etude de la charge de travail des prestataires des courts séjours pédiatriques

3.3.1 Introduction

Dans le cadre de l'enquête BePAASTA, réalisée auprès de 12 hôpitaux pilotes belges, un groupe d'expert⁴⁹ s'est penché sur l'estimation de la charge de travail pour les prestataires de soins (médecins et infirmiers) et le personnel administratif (secrétariat) pour la prise en charge des patients pédiatriques par les services d'urgences hospitalières et lors des hospitalisations de jour non chirurgicales et chirurgicales.

Pour ce faire, sur base des temps observés par les hôpitaux participants dans les différents pôles d'activités, un groupe d'expert a estimé les temps que prenaient les différents types d'actes (actes diagnostiques, actes thérapeutiques, actes intellectuels et actes administratifs) réalisés dans ces services par les différents prestataires impliqués dans la prise en charge des patients. Notons que le temps de travail et la charge de travail ne sont pas totalement superposables. En effet, la charge de travail peut dépendre d'autres éléments comme le stress lié aux actes posés, la cadence de travail, etc. La charge de travail telle que estimée ici n'a pas été ajustée pour ces autres composantes.

Pour chaque patient, les différents actes réalisés ont par ailleurs été comptabilisés dans l'enquête BePASSTA auprès des hôpitaux participants⁵⁰. Les temps estimés par les experts ont donc été appliqués à chaque acte. Ce procédé nous a permis d'estimer la charge de travail qu'a générée la prise en charge des patients inclus dans l'étude.

3.3.2 Les urgences pédiatriques

3.3.2.1 Estimation de la charge travail générée par les patients vus des urgences

Tout prestataire confondu, la charge médiane totale de travail s'élève à 142 minutes par patient (IQR : 79 – 187 min). Ci-après, nous présentons le détail selon le type de prestataire concerné et selon le type d'acte⁵¹ qu'il preste (Tableau 48).

⁴⁹Cf. Méthodologie pour l'explication du processus.

⁵⁰Cf. Grille des actes prestés, complétée par les 12 hôpitaux participants (questionnaire BePAASTA).

⁵¹ La liste détaillée des différents types d'actes évoqués ici est proposée dans le questionnaire d'enquête correspondant (mis à disposition dans les annexes).

Tableau 48 : Médianes de la charge de travail aux urgences (premier quartile - troisième quartile) en minutes

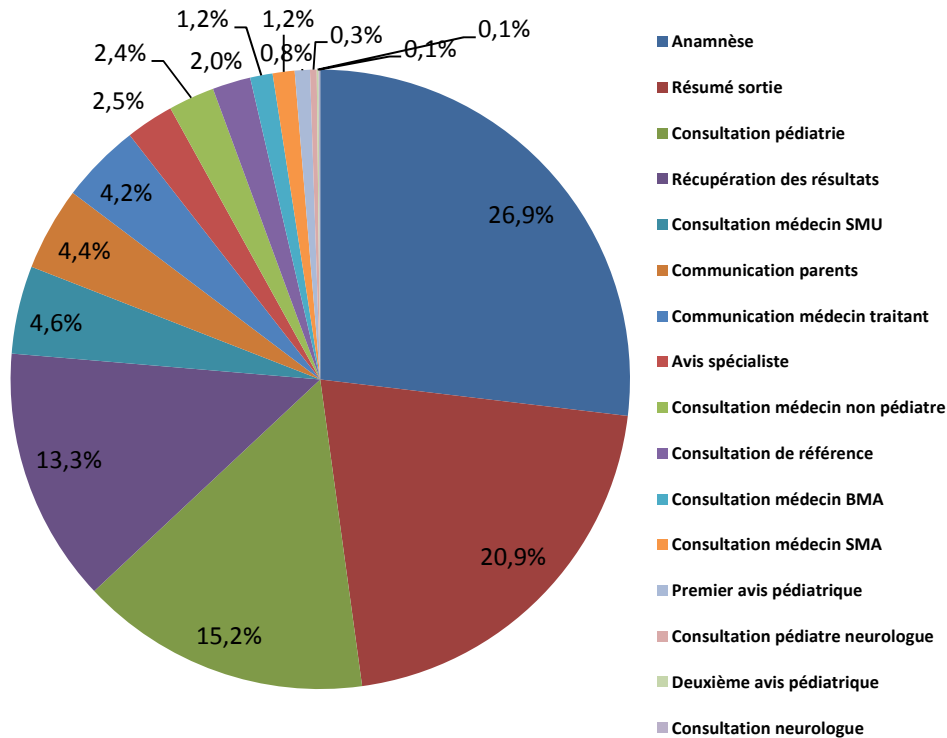
	Infirmier	Médecin	Secrétaire	Total
Actes diagnostiques (AD)	2 (0 - 12)	0 (0 - 2)	-	2 (0 - 12)
Actes thérapeutiques (AT)	0 (0 - 10)	0 (0 - 0)	-	0 (0 - 20)
Actes intellectuels (AI)	30 (0 - 30)	45 (30 - 55)	-	75 (55 - 95)
Actes administratifs AA)	30 (0 - 30)	15 (5 - 25)	15 (10 - 20)	45 (5 - 55)
Total	62 (12 - 92)	62 (45 - 80)	15 (10 - 20)	142 (79 - 187)

Le temps estimé pour les médecins peut à priori sembler important. A titre d'illustration, les tableaux suivants présentent le détail des actes intellectuels réalisés par les médecins (Tableau 49). Supposons la succession des actes suivants : la consultation, la récupération des résultats, la communication aux parents ainsi que le résumé de sortie. Sommant les temps standards associés à ces actes, nous obtenons une charge de travail estimée à 55 minutes et approchons donc de la médiane évoquée précédemment.

Tableau 49 : Effectifs de patients pour les différents actes intellectuels réalisés par les médecins

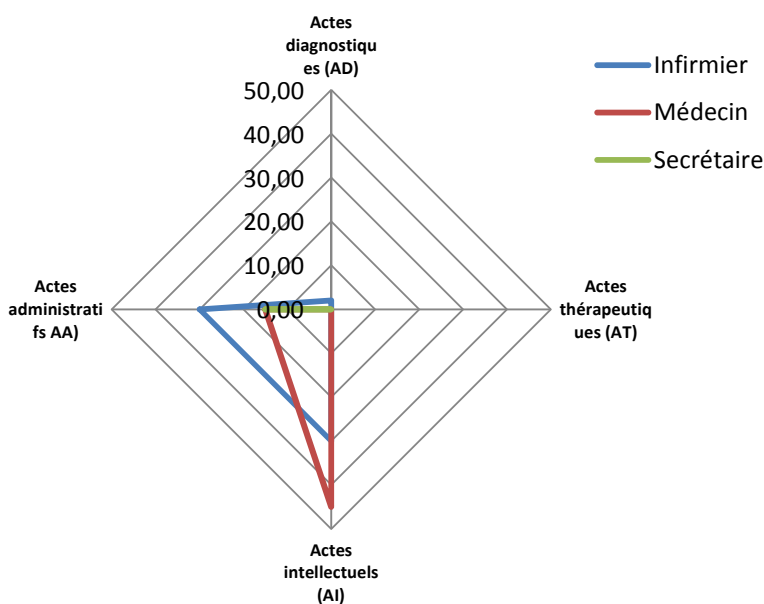
Actes intellectuels réalisés	Nbre	%
Anamnèse	3080	26,9%
Résumé sortie	2400	20,9%
Consultation pédiatrie	1740	15,2%
Récupération des résultats	1524	13,3%
Consultation médecin SMU	526	4,6%
Communication parents	500	4,4%
Communication médecin traitant	479	4,2%
Avis spécialiste	288	2,5%
Consultation médecin non pédiatre	275	2,4%
Consultation de référence	228	2,0%
Consultation médecin BMA	135	1,2%
Consultation médecin SMA	132	1,2%
Premier avis pédiatrique	90	0,8%
Consultation pédiatre neurologue	39	0,3%
Deuxième avis pédiatrique	11	0,1%
Consultation neurologue	10	0,1%
Total	11457	100,0%

Figure 62 : Répartition du volume d'actes intellectuels prestés par le médecin (N=3220 patients) (hors catégories autres)



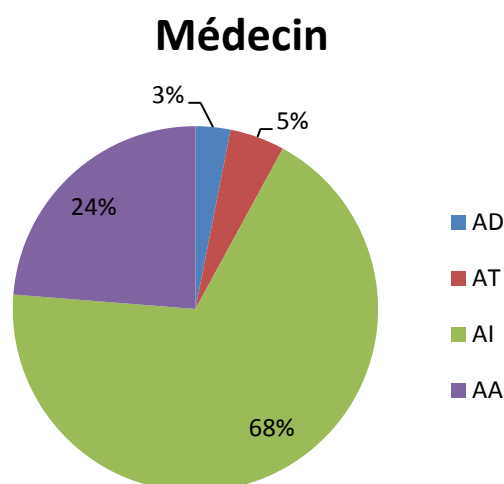
La figure suivante (Figure 63) met en évidence le type d'actes dominant réalisés par les prestataires de soins et le secrétariat (parmi les types d'actes suivants : actes diagnostiques, thérapeutiques, intellectuels et administratifs).

Figure 63 : Médiane de la charge de travail consacré aux différentes activités selon les prestataires (en minutes)



La charge de travail estimée pour le personnel médical relève essentiellement des actes intellectuels et représente 68% de son activité (Figure 64). Notons que les actes administratifs sont consommateurs de temps puisqu'ils atteignent 24% de leur temps de travail. Le médecin aux urgences consacre ainsi moins de 10% de son activité à la prestation d'actes thérapeutiques et diagnostiques.

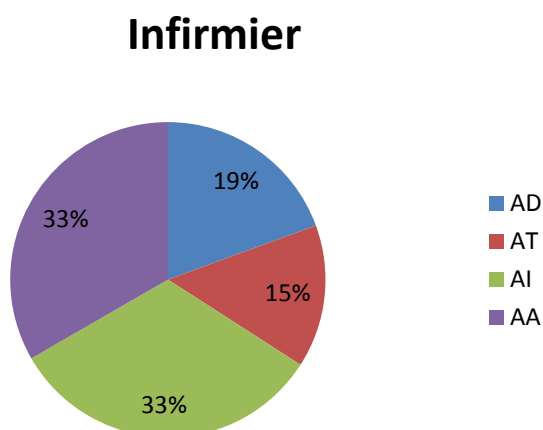
Figure 64 : Répartition des types d'activités du personnel médical



On observe que 5% du temps de travail-médecin est lié aux actes thérapeutiques et donc aux soins à proprement parler et que près de 70% de ce temps est consacré à des actes intellectuels. L'essentiel du temps « médecin » est utilisé pour des tâches qui lui sont spécifiques, c'est-à-dire dont il a le monopole.

Pour le personnel infirmier, la charge de travail principale concerne les actes intellectuels et administratifs (respectivement 33%) (Figure 65).

Figure 65 : Répartition des types d'activités du personnel infirmier



3.3.2.2 Analyse de la charge de travail selon le type de patient

Nous relevons que le volume de charge de travail des différents prestataires est significativement différent selon que l'urgence soit appropriée ou non ($p < .001$) (Tableau 50)

En moyenne, la prise en charge complète du patient, à savoir médicale, infirmière et de secrétariat a été supérieure de 48 minutes pour les urgences appropriées. C'est pour la charge de travail infirmière que la différence a été la plus marquée. Celle-ci était supérieure de 31 minutes pour les urgences appropriées. Dans le même sens, mais relativement moins importante, la prise en charge médicale d'une urgence appropriée a en moyenne été plus longue de 17 minutes. Pour la charge de travail relative au secrétariat, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

Le fait qu'en moyenne, les urgences non appropriées consomment moins de temps de travail que les urgences appropriées n'est pas étonnant, et est cohérent avec ce caractère « non approprié ». L'ensemble des ressources utilisées de manière non appropriée (près de 2 heures de temps de travail médecin et infirmier) constitue une source potentielle de gain d'efficacité.

Tableau 50 : Estimation de la charge de travail par patient pour la sous-population des urgences appropriées

	Urgences appropriées (UA)		Urgences non appropriées (UNA)		Test t
	\bar{x}_{UA}	SD_{UA}	\bar{x}_{UNA}	SD_{UNA}	
Infirmier	72.94 minutes	52.92	41.83 minutes	39.44	$p < .001$
Médecin	74.33 minutes	38.92	57.55 minutes	24.91	$p < .001$
Secrétariat	-	-	-	-	NS
Total	161.84 minutes	76.15	113.88 minutes	57.04	$p < .001$

Nous relevons que le volume de charge de travail des différents prestataires est significativement différent selon que patient ait été mis en observation ou non ($p < .001$) (Tableau 51). En moyenne, la charge de travail totale du patient a été supérieure de 39 minutes s'il a été mis en observation. Pour les médecins, un patient mis en observation a en moyenne nécessité 18 minutes supplémentaires. Pour l'équipe infirmière, cette catégorie de patient a également en moyenne nécessité 19 minutes supplémentaires. Quant au secrétariat, ces patients ont nécessité en moyenne 2 minutes supplémentaires. Les observations constituent ainsi une charge de travail réelle supplémentaire pour le personnel des urgences.

Tableau 51 : Estimation de la charge de travail par patient pour la sous-population de patients mis en observation

	Observation		Non observation		Test t
	\bar{x}_O	SD _O	\bar{x}_{NO}	SD _{NO}	
Infirmier	72.32 minutes	48.9	53.48 minutes	50.0	p<.001
Médecin	78.92 minutes	41.59	60.76 minutes	28.15	p<.001
Secrétariat	15.91 minutes	9.47	13.69 minutes	6.44	p<.001
Total	167.15 minutes	2.14	127.93 minutes	1.52	p<.001

En distinguant les « vraies observations » parmi l'ensemble des patients mis en observation (cf. précédemment), seule la charge de travail infirmier diffère significativement selon les deux sous-groupes (p<.001) (Tableau 52). En effet, une observation réelle a nécessité un temps additionnel moyen de 29.66 minutes par patient pour sa prise en charge infirmière. Pour la prise en charge médicale seule ou la charge du secrétariat seule, les moyennes ne sont pas significativement différentes pour ces sous-groupes de patients. Cependant, toute prise en charge confondue, la différence s'élève à en moyenne 34.81 minutes par patient. On conclut que le travail du médecin qui consiste à orienter l'enfant en observation ne diffère pas selon que l'observation soit « vraie » ou « fausse ». Pour l'infirmière par contre, la charge de travail est significativement plus lourde en cas d'observation vraie, ce qui confirme le bien-fondé des critères de distinction.

Tableau 52 : Estimation de la charge de travail pour la sous-population des vraies observations

	Observation Vraie		Autre observation		Test t
	\bar{x}_{OV}	SD _{OV}	\bar{x}_{AO}	SD _{AO}	
Infirmier	100.76 minutes	58.12	71.10 minutes	48.12	p<.001
Médecin	-	-	-	-	NS
Secrétariat	-	-	-	-	NS
Total	200.53 minutes	89.63	165.72 minutes	74.14	p<.01

3.3.3 Les hospitalisations de jour non chirurgicales (HJMédicales)

3.3.3.1 Estimation de la charge de travail générée par les patients HJM

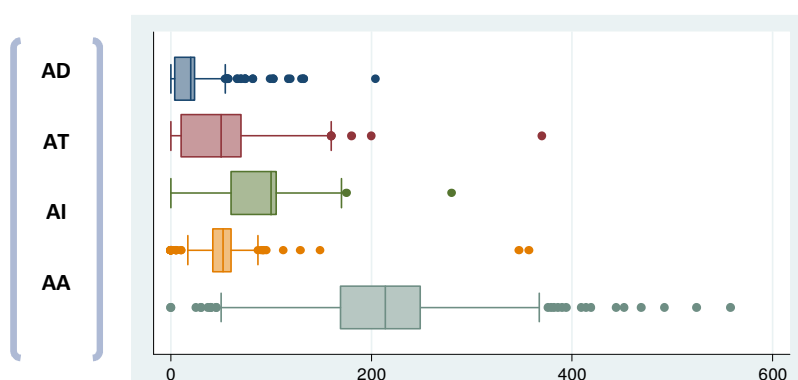
La médiane de la charge de travail pour la prise en charge des patients hospitalisés en HJM, tous prestataires confondus, s'élève à 214 minutes, soit 3 heures et demi (IQR : 169 ; 249 minutes) (Tableau 53).

Tableau 53 : Estimation de la charge de travail en HJM (N=594) (en minutes)

	Actes diagnostiqu es (AD)	Actes thérapeutiq ues (AT)	Actes intellectuels (AI)	Actes administrati fs (AA)	Total
Moyenne	20	51	88	51	210
SD	20,3	39,0	33,3	24,9	74,5
Médiane	20	50	100	52	214
1er Quartile	4	10	60	42	169
3ème quartile	24	70	105	60	249

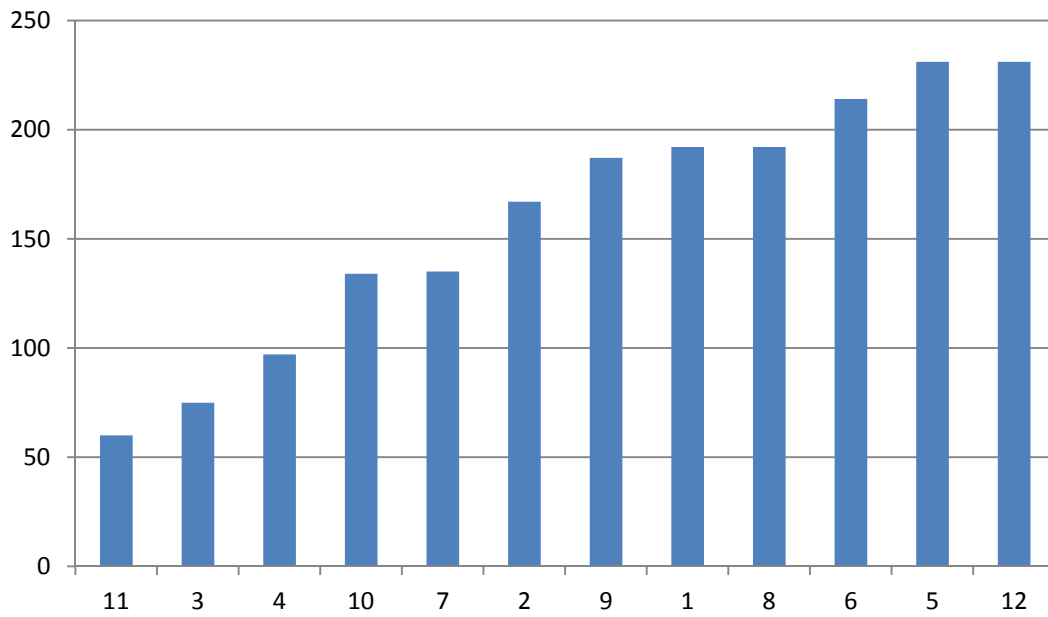
En observant les médianes relatives aux différentes activités prestées, les actes intellectuels sont plus consommateurs de temps (100 minutes) ensuite viennent les actes thérapeutiques et administratifs (respectivement 50 minutes) et enfin les actes diagnostiques (20 minutes). Le graphique ci-après présente la variabilité de la charge de travail totale et selon les types d'actes prestés parmi l'ensemble des patients hospitalisés en HJM (Figure 66).

Figure 66 : Box-plot de la charge de travail selon les types d'actes prestés et globalement (en minutes)



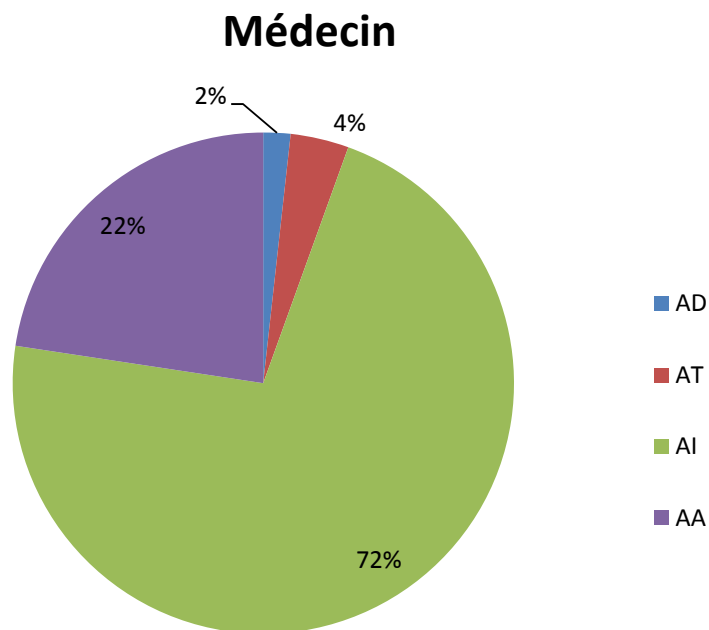
Selon les hôpitaux, la charge totale médiane peut varier du simple au quadruple, à savoir de 1 heure à près de 4 heures pour le patient médian (Figure 67)

Figure 67 : Charge de travail médiane selon les hôpitaux (HJM) (en minutes)



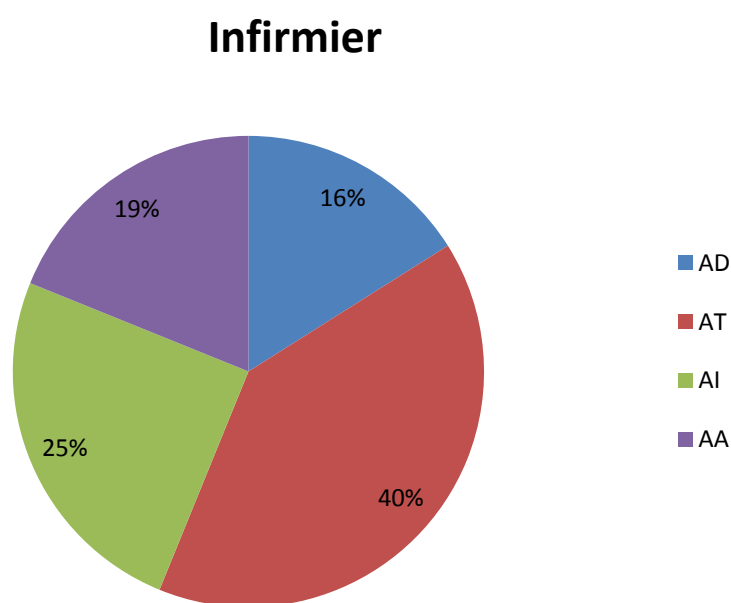
La charge de travail estimée pour le personnel médical relève essentiellement des actes intellectuels et représente 72% de son activité (Figure 68). Notons que, comme nous l'avons vu aux urgences, les actes administratifs sont consommateurs de temps et atteignent 22% de leur temps de travail. De même, les actes diagnostiques et thérapeutiques représentent moins de 10% de la charge de travail totale.

Figure 68 : Répartition des types d'activités du personnel médical



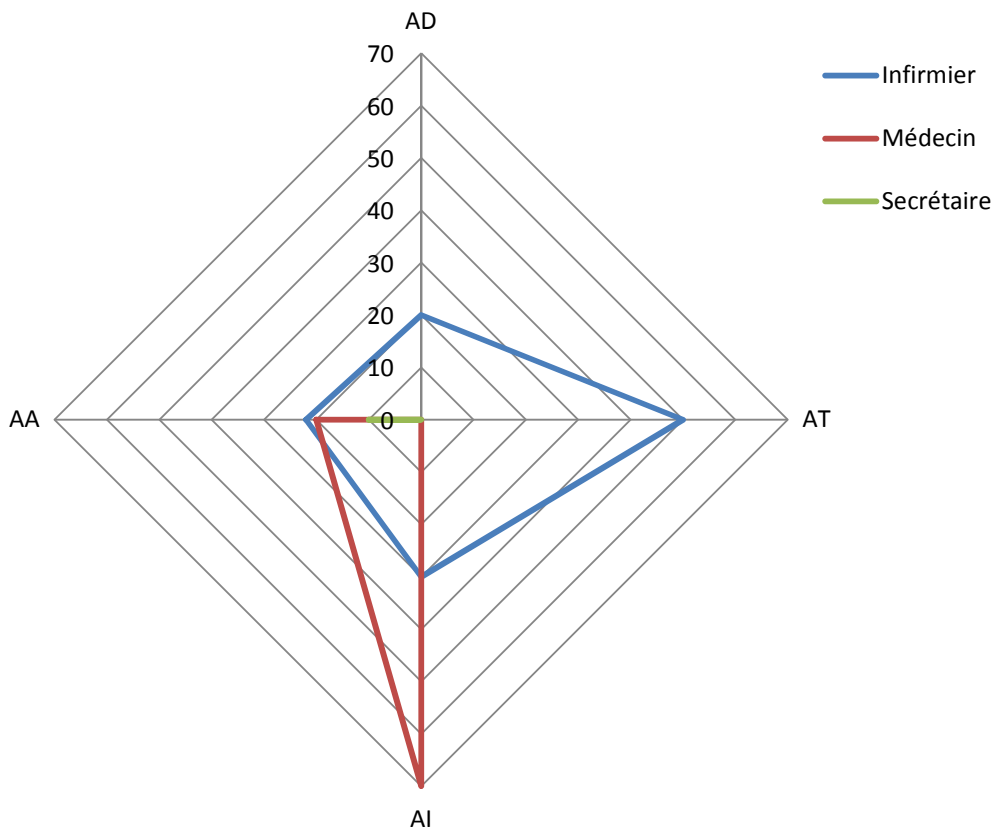
Pour le personnel infirmier, la charge de travail principale concerne les actes thérapeutiques (respectivement 40%) (Figure 69). La répartition des tâches diffère de celle du personnel infirmier travaillant aux urgences pédiatriques. Un quart de l'activité infirmière est consacré aux actes intellectuels et moins de 20% respectivement aux actes administratifs et diagnostiques.

Figure 69 : Répartition des types d'activités du personnel infirmier



La figure suivante (Figure 70) présente les médianes de la charge de travail respective des prestataires de soins et du secrétariat pour leurs différentes activités. Concernant la prise en charge médicale, les charges de travail médianes consacrées aux actes intellectuels et administratifs étaient respectivement de 70 minutes et 20 minutes. Pour la moitié des patients, la charge de travail en actes diagnostiques ou thérapeutiques a été nulle. Pour la prise en charge infirmière, les médianes de la charges de travail liées aux différents types ont respectivement été de 50 minutes pour les actes thérapeutiques, 30 minutes pour les actes intellectuels et 20 minutes chacune pour les actes diagnostiques et administratifs. La médiane relative aux tâches administratives du secrétariat s'élevait à 10 minutes.

Figure 70 : Médianes de la charge de travail selon la nature de l'activité et le type de prestataire (en minutes)



3.3.3.2 Analyse de la charge de travail selon le type de patient

Les analyses ont mis en évidence une différence significative de la charge de travail moyenne pour la prise en charge des patients HJM selon qu'ils aient une affection onco-hématologique ou non ($p < .001$) (Tableau 54). Les différences se situent au niveau des prises en charge infirmière et de secrétariat. Pour la charge infirmière, les temps moyens par patient sont de 143 pour les patients atteints d'une affection onco-hématologique et de 97 pour les autres patients. Pour le secrétariat, la médiane de la charge de travail s'élève soit à 15 minutes soit à 5 minutes pour ces mêmes groupes.

Tableau 54 : Estimation de la charge de travail par patient selon le type de patient

	Patients onco/hémato		Autres		Mann-Whitney
	Médiane	IQR	Médiane	IQR	
Médecin	-	-	-	-	NS
Secrétariat	15 minutes	5-20	5 minutes	0-15	P < .001
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	Test t
Infirmier	143 minutes	57.47	97 minutes	50.94	P < .001
Total	237 minutes	66.93	186 minutes	72.50	P < .001

Parmi les patients atteints d'une affection onco-hématologique, nous avons distingués ceux qui ont été hospitalisés pour un bilan (prise en charge diagnostique) de ceux qui l'ont été pour un traitement (prise en charge thérapeutique). La charge de travail des médecins et infirmiers diffère significativement selon le groupe de patient (Tableau 55). Pour les infirmiers, le temps pour la prise en charge de bilans s'élève à en moyenne 152 minutes pour 127 minutes pour la prise en charge thérapeutique ($P < .01$). Pour les médecins, la charge médiane de travail est légèrement mais néanmoins significativement plus longue pour les patients sous traitement avec 93 minutes contre 90 minutes pour les cas à diagnostiquer ($P < .001$).

Tableau 55 : Estimation de la charge de travail totale par patient pour les patients onco/hémato

	Prise en charge diagnostique (bilan) (N=155)		Prise en charge Thérapeutique (traitement) (N=92)		Mann-Whitney
	<i>Médiane</i>	IQR	<i>Médiane</i>	IQR	
Médecin	90 minutes	45-95	94 minutes	72.5-112	P < .001
Secrétariat	-	-	-	-	NS
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	Test t
Infirmier	152 minutes	54.34	128 minutes	61.94	P < .01
Total	-	-	-	-	NS

3.3.4 Les hospitalisations de jour chirurgicales (HJC)

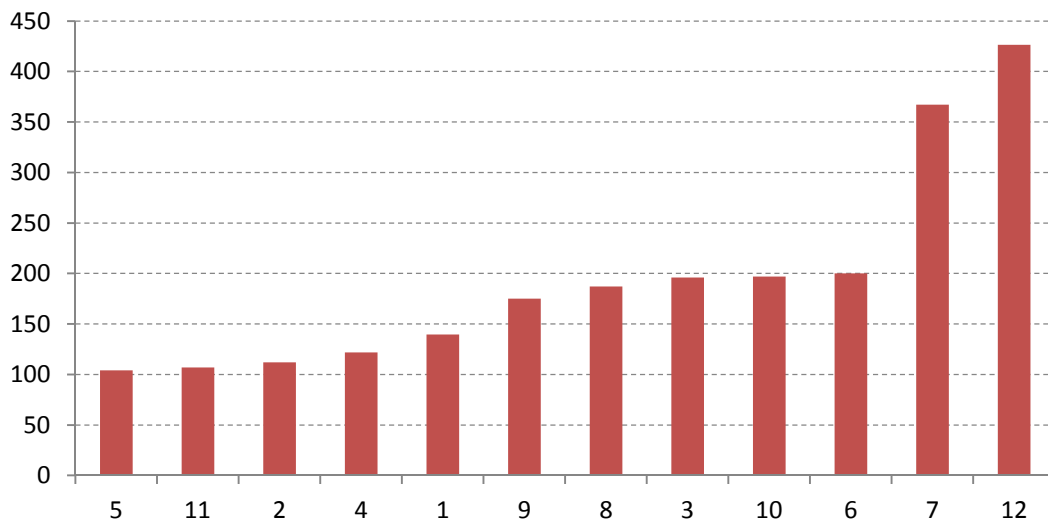
En HJC, tout prestataire confondu, la médiane de la charge totale de travail s'élève à 180 minutes (IQR : 117 ; 243). Déclinant celle-ci selon le type de prestataire concerné, nous retrouvons les médianes suivantes : 107 minutes pour le personnel infirmier, 60 minutes pour le personnel médical et 0 pour le personnel administratif (Tableau 56).

Tableau 56 : Charge de travail médiane en HJC (premier quartile ; troisième quartile) en minutes (N=673)

	Infirmier	Médecin	Secrétaire	Total
Actes diagnostiques (AD)	2 (2;12)	0 (0; 2)	-	2 (2;14)
Actes thérapeutiques (AT)	20 (5 ; 50)	0 (0 ; 30)	-	30 (5 ; 80)
Actes intellectuels (AI)	40 (30 ; 45)	35 (20 ; 50)	-	80 (60 ; 115)
Actes administratifs AA)	27 (22 ; 42)	10 (0 ; 20)	0 (0 ; 10)	45 (40 ; 52)
Total	107 (77 ; 170)	60 (20 ; 102)	0 (0 ; 10)	180 (117 ; 243)

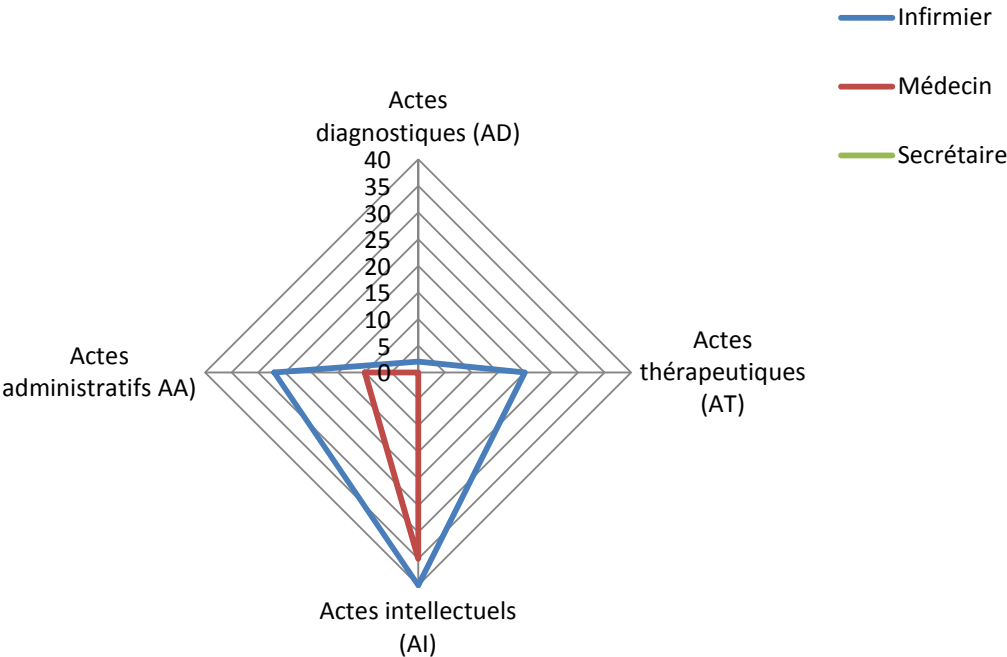
Comme le présente la figure suivante, notons que la charge totale médiane a varié entre 1 heure 40 et 7 heures selon les hôpitaux (Figure 71).

Figure 71 : Médianes de la charge totale de travail en HJC selon les hôpitaux (en minutes)



Ci-après, le profil des prestataires selon les types d'actes qu'ils présentent (Figure 72). On retrouve essentiellement les actes intellectuels et dans une moindre mesure les actes thérapeutiques et administratifs chez les médecins. Pour le personnel infirmier, l'activité s'est concentrée sur les actes intellectuels (anamnèse, récupération des résultats, communication avec les parents ou résumé de sortie) et administratifs (gestion des rendez-vous, tâches purement administratives comme l'encodage du RIM ou commande et distribution des repas).

Figure 72 : Profils des prestataires sur base des médianes (en minutes) de la charge de travail en HJC



3.4 Etude de la facturation [L. Cohen]

Pour les raisons exposées plus haut, l'analyse des données de facturation porte sur les populations d'intérêt de chaque pôle (c'est-à-dire une stratification selon des profils homogène de caractéristiques apparus dans l'enquête de terrain), en se concentrant sur les consultations facturées et les forfaits INAMI.

Au moment d'interpréter ces résultats, on gardera à l'esprit qu'ils proviennent d'une partie seulement des hôpitaux-pilotes, partie variable selon la disponibilité des données à analyser.

3.4.1 Les Urgences

Les populations d'intérêt définies aux Urgences sont

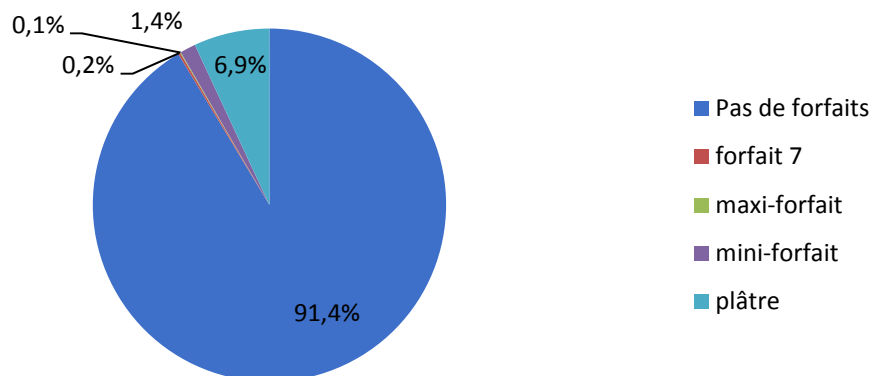
1. La population générale vue aux Urgences
2. Les enfants mis en observation, ou pas (Observation vs. Non Observation)
3. Les observations justifiées (OJ) et non justifiées (ONJ)
4. Les Urgences appropriées (UA) et non appropriées (UNA)

3.4.1.1 La population globalement vue aux Urgences

Les forfaits INAMI :

La Figure 73 présente la répartition des forfaits INAMI facturés aux Urgences. On observe que plus de 91% des visites aux Urgences ne déclenchent pas la facturation d'un forfait INAMI. Ces forfaits ne constituent donc pas à l'heure actuelle une source effective de financement des Urgences pédiatriques. Quand un forfait est facturé, il s'agit le plus souvent un forfait plâtre. Les mini-forfaits sont utilisés de manière très marginale.

Figure 73 : répartition des forfaits INAMI facturés aux Urgences



Les consultations :

Le Tableau 57 montre la ventilation du nombre de consultations facturées aux Urgences. On y a donc segmenté la population générale des Urgences en fonction du nombre de consultations facturées.

Tableau 57 : ventilation du nombre de consultations facturées aux Urgences

Pôle	n	Consultations facturées	%
Urgences	1090	0	21.8
		1	59.6
		2	18.2
		>2	0,4

De manière étonnante, aucune consultation n'est facturée chez 1 enfant sur 5 (21.8%). Cette situation est-elle conforme à la réalité (ces enfants n'ont en effet *pas vu* un médecin) ou s'agit-il plutôt d'un problème de facturation ?

Pour répondre à cette question, on a confronté les données de charge de travail et les données de facturation afin de représenter les différentes combinaisons de consultations *effectives* et de consultations *facturées* aux Urgences (Figure 74).

Figure 74 : combinaison de consultations aux Urgences et facturation associée

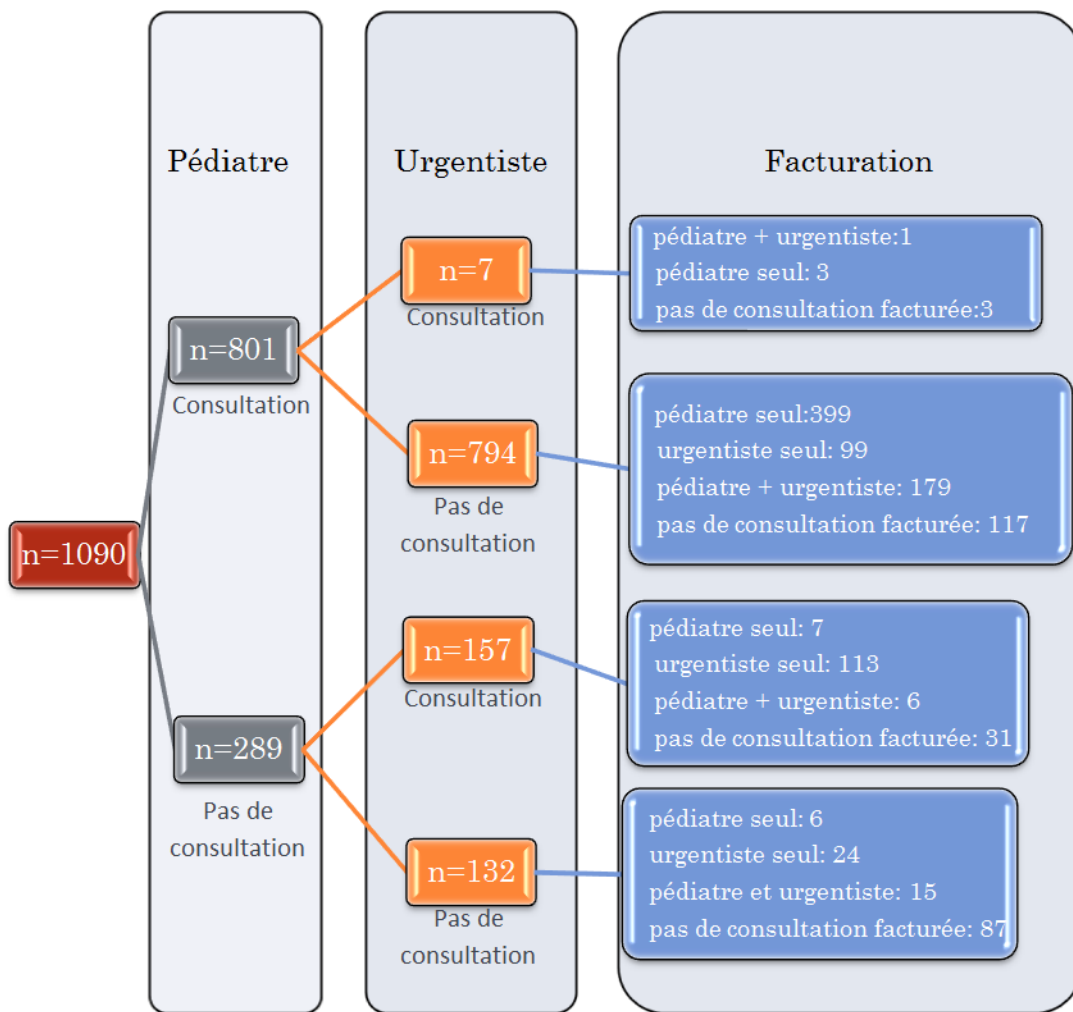


Tableau 58 : types de consultations facturées aux Urgences

Pôle	n	Type de consultation	%	%
Urgences	1090	Pédiatre	56.5	
		Urgentiste	40.1	
		<i>BMA</i>		2.1
		<i>SMU</i>		38.0
		<i>SMA</i>		0,0
		Autres spécialités	3.6	

Ceci permet de détecter des **combinaisons insolites** :

1. Médecin non vu et pas de facturation :

Sur les 1090 enfants de l'échantillon, 12.1% (132 sur 1090) n'ont pas vu de médecin aux Urgences et aucune consultation n'a été facturée chez 21.8% (238 sur 1090) de ceux-ci.

Il est difficile d'imaginer que plus de 12% des enfants se présentant aux Urgences ne verraient pas un médecin. Ces enfants auraient-ils vu un pédiatre et on aurait omis de rapporter une consultation ? Faut-il évoquer ici un défaut d'encodage dans BePASSTA ? En tout cas, le petit nombre de « fuites » observées dans l'enquête de terrain (7 sur 3320) est insuffisant pour expliquer ce taux élevé.

2. Médecin non vu mais consultation facturée :

Sur les 132 enfants qui n'ont pas vu de médecin, 45 d'entre eux se voient facturer une (ou deux !) consultation (34%).

3. Médecin vu mais pas de facturation:

Sur les 958 enfants qui ont vu un médecin, 151 ne se voient facturer aucune consultation (15.7%). Il s'agit là clairement d'un défaut de facturation (ou d'un défaut dans le traitement des documents comptables).

4. Médecin vu mais facturation erronée :

73.5% (801/1090) des enfants ont vu un pédiatre, or chez ces enfants, une consultation de pédiatre n'a été facturée que dans 72.6% (582/801) des cas. Chez plus d'un quart des enfants ayant vu un pédiatre, la consultation de celui-ci n'est pas facturée.

15.0% (164/1090) des enfants ont vu un urgentiste mais dans 40% des cas (437/1090), une consultation d'urgentiste a été facturée.

Ceci soulève un certain nombre de questions :

1. La sous-facturation des consultations de pédiatrie aux Urgences :

23% des enfants qui ont vu un pédiatre ne se voient pas facturer de consultation de pédiatrie. S'agit-il d'un problème de tarification aux Urgences ? En tout cas, cela représente un manque à gagner substantiel pour les pédiatres.

2. La surfacturation des consultations d'urgentiste aux Urgences :

L'enfant a-t-il réellement vu un urgentiste durant son séjour? Et si c'est le cas, s'agissait-il d'une véritable consultation ou plutôt d'une orientation rapide?

3. L'examen détaillé des facturations d'urgentiste montre une prédominance nette des prestations de SMU. La valorisation supérieure des prestations des SMU (par rapport à celles du pédiatre) favoriserait-elle un *glissement* de facturation à leur profit ?

Quoi qu'il en soit, la proportion des combinaisons irrégulières (enfant présenté aux Urgences et pas de consultation facturée, glissement de facturation, surfacturation) est telle que l'examen détaillé des circuits de facturation dans les hôpitaux-pilotes est indiqué.

3.4.1.2 Observation vs. Non Observation

Le Tableau 59 montre la répartition des consultations et forfaits facturés aux Urgences selon la présence ou pas d'une Observation.

Tableau 59 : consultations et forfaits facturés en Observation

	Observations		p
	oui (n=379)	non (n=682)	
	%	%	
Facturation ≥ 1 consultation	89.2	74.3	< 0,001
Pédiatre	63.6	52.9	0,001
BMA	1.8	2.3	NS
SMU	43.5	33.0	0,001
Autres spécialités	4.0	3.4	NS
Forfaits	6.1	10.3	0,021

L'Observation se caractérise par des taux de facturation sensiblement plus élevés (qu'en l'absence d'Observation). On y retrouve les principaux acteurs des Urgences (urgentistes et pédiatres).

On l'a vu, les forfaits occupent une place très marginale dans le financement des Urgences. Avec une majorité de forfaits plâtre, on n'est pas étonné d'observer que les forfaits sont plus fréquemment facturés chez des enfants « non observés », la plupart des enfants traumatisés étant pris en charge directement aux Urgences ou hospitalisés de manière traditionnelle quand leur état le justifie.

3.4.1.3 Observations justifiées vs. Observations non justifiées

Le

Tableau 60 montre l'usage que font les urgentistes et les pédiatres de l'Unité d'Observation. Les pédiatres utilisent l'Observation d'une manière assez peu performante : en effet, il n'y a pas de différence significative entre la proportion d'Observations justifiées et non justifiées quand elles sont prescrites par le pédiatre. Pour les Urgentistes (SMU), la situation est encore plus contrastée, avec une différence significative en faveur des Observations non justifiées.

Tableau 60 : Consultations et forfaits facturés selon la nature de l'Observation

	Observations		p
	justifiées	non justifiées	
	(n=19)	(n=360)	
	%	%	
Facturation ≥ 1 consultation	84.2	89.4	NS
Pédiatre	68.4	63.3	NS
BMA	0,0	1,9	NS
SMU	15.8	45.0	0,0012
Autres spécialités	5.3	3.9	NS
Forfait	0,0	6.4	NS

3.4.1.4 Urgences appropriées vs. Urgences inappropriées

Si l'on compare la facturation des consultations et forfaits aux urgences, on n'observe pas de différence significative selon le caractère approprié ou pas du recours (Tableau 61). Autrement dit, les urgences inappropriées coûtent aussi cher que les urgences appropriées, ce qui soulève la question de l'efficacité du recours aux Urgences.

Tableau 61 : Consultations et forfaits selon que le recours aux Urgences est approprié ou pas

	Urgences		p
	appropriées	inappropriées	
	(n=655)	(n=406)	
	%	%	
Facturation ≥ 1 consultation	79.8	79.3	NS
Pédiatre	55.7	58.4	NS
BMA	2.3	2.0	NS
SMU	36.5	37.2	NS
Autres spécialités	4.3	2.5	NS
Forfait	8.4	9.4	NS

3.4.2 L'hôpital de jour pédiatrique non chirurgical (HJM)

A l'hôpital de jour pédiatrique non chirurgical, les populations d'intérêt sont :

1. La population générale de l'HJM
2. les enfants présentant une pathologie chronique et ceux qui n'en présentent pas.

Les populations d'actes (classés en onco-hémato-spécifiques - chimiothérapie, transfusion sanguine et de dérivés sanguins, soins de port-à-cath- et non onco-hémato-spécifiques) n'ont pas fait l'objet d'une étude systématique des données de facturation.

3.4.2.1 La population générale à l'HJM

Le Tableau 62 décrit la ventilation des consultations facturées et des forfaits INAMI à l'HJM. La figure 75 présente la ventilation des divers forfaits INAMI.

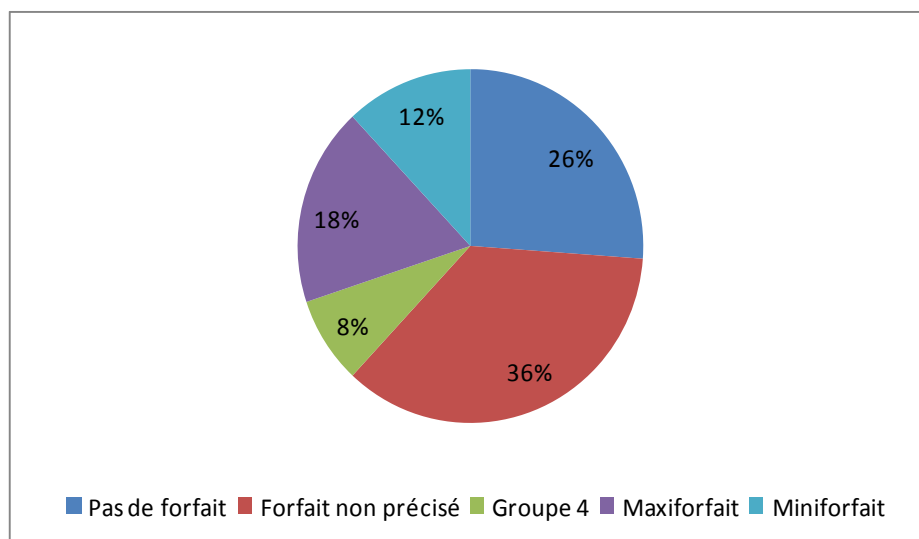
Les forfaits INAMI :

Un forfait est facturé dans 74.4% des hospitalisations, ce qui en fait une source majeure du financement de l'HJM. Quand le type de forfait est précisé, il s'agit le plus souvent d'un maxi-forfait, et dans une moindre mesure, d'un mini-forfait. On notera que la spécificité pédiatrique de l'HJM pédiatrique n'est pas prise en charge ici, et que la proportion importante de forfaits INAMI est à mettre en rapport avec le nombre élevé de patients chroniques, dont les soins justifient souvent le forfait.

Tableau 62 : Facturation des consultations et forfaits INAMI à l'HJM dans la population générale

Nombre de factures : 180	Variable	%
Nombre de consultations facturées	0 consultation facturée	80,0
	1 consultation facturée	18,1
	2 consultations facturées	1,1
Type de consultations	Pédiatrie	19,4
	Autres spécialités	1.8
	aucune	78.8
Facturation d'un forfait INAMI	oui	74,4
	non	25,6

Figure 75 : Ventilation des forfaits INAMI facturés lors des prises en charge en HJM (n=180)



Les consultations :

Comme présenté au Tableau 62, 80% des séjours en HJM n'entraînent pas la facturation d'une consultation médicale. Pour les 20% restant, l'enfant hospitalisé a vu un pédiatre (dans la grande majorité des cas).

3.4.2.2 Enfants avec ou sans une pathologie chronique

Le Tableau 63 décrit la ventilation des consultations facturées et des forfaits INAMI à l'HJM selon la présence éventuelle d'une affection chronique chez l'enfant hospitalisé.

Les forfaits INAMI et consultations : les deux sous-populations en présence ne diffèrent que par la fréquence significativement plus élevée de forfaits facturés quand l'enfant présente une maladie chronique.

Tableau 63 : Facturation des consultations et forfaits INAMI à l'HJM selon la présence ou pas d'une maladie chronique

HJM	Patients chroniques		p
	oui (n=134)	non (n=34)	
	%	%	
Pédiatre	21,6	11,8	NS
Autres spécialités	2,2	0	NS
Forfait	82,8	55,9	0,001

3.4.3 L'hôpital de jour pédiatrique chirurgical

A l'hôpital de jour chirurgical, la population générale est relativement homogène, si ce n'est la variabilité dans les indications opératoires.

Les forfaits INAMI :

Pour rappel, le financement de l'HJC provient de 2 sources différentes, **qui ne peuvent pas se combiner** :

1. Le **forfait BMF** ou **forfait liste A**, si l'acte réalisé est repris dans la liste A (annexe 1)
2. Le **forfait INAMI** (1 à 7), si l'acte réalisé est repris dans les listes respectives de ces forfaits ; le maxi-forfait en cas d'anesthésie ; le mini-forfait si une voie de perfusion est posée (selon la nature du produit injecté).

Les données présentées ci-dessous (Tableau 64) sont tirées de 4 hôpitaux-pilotes. Pour chaque enregistrement, on a comparé l'indication opératoire (parfois multiple) et la présence éventuelle d'un forfait INAMI, pour distinguer 4 cas de figure :

1. Une intervention « liste A » est rapportée, et l'on n'a pas facturé de forfait INAMI.
2. Une intervention « non liste A » est rapportée et on a facturé un forfait INAMI.
3. Une intervention « non liste A » est rapportée et on n'a pas facturé de forfait INAMI.

Ces trois situations sont donc qualifiées de régulières.

4. Une intervention « liste A » est rapportée et un forfait INAMI a été porté en compte. Aux termes de la loi, cette situation est irrégulière.

Tableau 64 : Analyse croisée de la répartition des indications « liste A » et des forfaits INAMI (n=233)

		liste A		p<0.001
		oui	non	
forfait INAMI	oui	15	84	
	non	93	41	

Ce tableau montre qu'à 15 reprises (6.27% de l'échantillon), on a facturé un forfait INAMI alors qu'une indication « liste A » était rapportée. Cette combinaison est irrégulière aux termes de la loi.

Par ailleurs, à 41 reprises (17.59%), en l'absence d'indication « liste A », on n'a pas facturé de forfait INAMI. Si cette combinaison n'est pas irrégulière, on peut cependant s'interroger sur l'intérêt d'utiliser l'infrastructure de l'HJC pour des indications de ce type (soins dentaires). Notons cependant que cette combinaison s'observe quasi exclusivement dans une seule des 4 institutions étudiées, probablement pour des raisons historiques.

Les consultations :

Moins de 2% des enfants opérés à l'HJC se voient facturer une consultation médicale.

V. DISCUSSION

1. Validité des résultats

On se souviendra que l'échantillon des 12 hôpitaux-pilotes a été constitué pour tenir compte de la diversité linguistique et sociale observée en Belgique. D'emblée, il est apparu que ces 12 hôpitaux répartis dans les 3 régions du royaume, constitueraient un échantillon *qualitativement* représentatif de la situation belge.

Le design de l'étude, en particulier la décision de demander aux hôpitaux-pilotes d'encoder eux-mêmes leurs données, a sensiblement compliqué le travail de l'équipe de recherche. En effet, il n'a pas été possible de contrôler la qualité de l'encodage dans chacun des pilotes.

De plus, certaines institutions n'ont pas transmis les données qu'elles s'étaient engagées à communiquer à l'équipe de recherche. Ceci explique que les résultats présentés portent sur différents sous-groupes au sein des 12 hôpitaux-pilotes.

L'ensemble de ces points devra être gardé en mémoire lors de l'interprétation des résultats.

2. Les Urgences et l'organisation des soins pédiatriques de première ligne

A de multiples égards, l'organisation de la prise en charge non programmée des enfants malades pose question:

1. Le pédiatre comme principal agent des soins urgents aux enfants à l'hôpital

L'étude de terrain montre que 66.3% des enfants vus aux Urgences sont pris en charge par un pédiatre, ce qui confirme le rôle du pédiatre hospitalier comme un des principaux acteurs des soins pédiatriques primaires. Or, si l'on s'en tient aux termes de la loi, les pédiatres ne sont pas reconnus comme des médecins urgentistes de première ligne. Pour remédier à cette situation, on a le choix entre deux options:

- Mettre la réalité de terrain en accord avec la loi. Ainsi, chaque enfant vu aux Urgences devrait être pris en charge d'abord par un urgentiste, avant qu'il ne soit fait appel à un pédiatre
- ou bien mettre les textes légaux en accord avec la réalité de terrain, et redessiner les circuits de la prise en charge primaire.

Par ailleurs, quand un pédiatre examine un enfant en urgence (de manière non programmée), c'est habituellement une consultation de pédiatrie qui est facturée (codes INAMI 102071 ou 102572). Or ces codes ne conviennent pas pour les visites aux Urgences. Et à nouveau, deux options s'offrent à vous :

- exploiter les ressources actuelles de la nomenclature (pour autant qu'elle permette une valorisation raisonnable du travail du pédiatre lors d'une consultation d'urgence /non programmée
- modifier la nomenclature, ce qui implique soit d'étendre le libellé de ces codes de consultation aux consultations d'urgence, et soit de créer un nouveau code correspondant à la prise en charge pédiatrique urgente/non programmée à l'hôpital.

2. La pénibilité du travail aux Urgences

Près de la moitié des enfants sont vus aux Urgences durant des périodes réputées difficiles (nuit, week-end et jours fériés). Cette pénibilité particulière du travail aux Urgences doit-elle être valorisée ? Et quelles en sont les conséquences sur l'activité diurne des pédiatres (récupération éventuelle, problèmes de responsabilité professionnelle après une garde...) ? Ces questions prennent une acuité particulière dans les services où un très petit nombre de pédiatres travaillent.

3. Urgences inappropriées et efficience

Dans BePASSTA, les recours aux Urgences ont été classifiés en *appropriés* ou *inappropriés*. Ces dénominations, tirées de la littérature, signifient qu'un recours aux Urgences implique obligatoirement l'utilisation de l'infrastructure hospitalière (recours approprié), ou pas (recours inapproprié). Il ne s'agit donc pas de juger du caractère approprié de la visite chez le médecin, mais bien du fait que cette visite ait eu lieu à l'hôpital. On se souviendra enfin qu'il s'agit de critères *a posteriori*, destinés à un usage *épidémiologique*, qui sont appliqués à l'ensemble des visites aux Urgences, et qui ne servent donc pas à qualifier des consultations prises isolément.

BePASSTA montre en tout cas qu'une très large part des recours aux Urgences (39.29%) est inappropriée, ce qui en fait un problème pivot pour l'organisation des soins.

Quand les parents ressentent l'état de leur enfant comme très grave, le risque d'urgence inappropriée est diminué (de même quand l'hôpital est situé dans le nord du pays). Par contre, le risque d'urgence inappropriée augmente quand l'enfant malade est âgé de moins de 2 ans, que les parents habitent près de l'hôpital, qu'ils viennent à l'hôpital la nuit, le week-end ou un jour férié, et étonnamment, quand il y a un médecin traitant.

Les urgences inappropriées relèvent-elles d'un usage efficient de la garde hospitalière (modèle hospitalo-centré) ou au contraire, faut-il encourager une première prise en charge à l'extérieur de l'hôpital ? Si la charge de travail des Urgences inappropriées est moindre, ces visites se déroulent plus fréquemment la nuit que les urgences appropriées, ce qui les rend plus pénibles pour le personnel soignant. En termes de facturation, les deux types d'urgences sont équivalents

(c'est-à-dire qu'un recours inapproprié ne coûte pas moins cher qu'un recours approprié).

Les urgences inappropriées constituent donc un point important dans l'organisation des soins pédiatriques primaires, à l'hôpital et en dehors de celui-ci. Dans le futur, l'évolution du nombre des urgences inappropriées dépendra à la fois du rôle que souhaiteront prendre l'hôpital et les acteurs non-hospitaliers (généralistes et pédiatres de ville) dans l'offre de soins pédiatriques, ainsi que de l'évolution de la demande des parents.

4. L'hôpital en première ligne des soins pédiatriques urgents

Plus des deux tiers des enfants vus aux Urgences y arrivent spontanément, c'est-à-dire sur base de la décision des parents uniquement. Pour l'immense majorité d'entre eux, il n'y a pas eu de contact préalable avec le médecin traitant, alors que dans 87.56% des cas, il y a un médecin traitant attiré. Autrement dit, la première ligne de soins théorique (pédiatre de ville et généraliste) existe bel et bien mais elle est très souvent court-circuitée, ce qui augmente le recours à l'hôpital comme acteur primaire de soins. Cette situation est-elle souhaitable ? Et plus généralement, l'offre de soins pédiatriques (déterminée par la démographie et par l'évolution sociologique des généralistes et des pédiatres) permettra-t-elle de rencontrer la demande de soins primaires ? Il est vraisemblable que dans le futur, la prise en charge primaire des enfants malades intègre encore davantage les missions de l'hôpital. La programmation des ressources matérielles et humaines à moyen-long terme constituera alors un élément crucial pour l'avenir des soins pédiatriques primaires.

5. La facturation aux Urgences

La facturation aux Urgences est problématique, les erreurs y sont nombreuses. C'est également ce qui ressort d'autres observations, qui font apparaître jusqu'à 50% de prestations non facturées⁵² ! Ces problèmes sont préjudiciables à la fois pour les parents (qui paient des consultations qui ne sont pas dues), pour les médecins (en particulier, les pédiatres) dont une partie du travail n'est pas valorisée, et pour l'hôpital (manque à gagner en cas de non facturation).

Notons que dans les institutions où les médecins sont indépendants, une partie de leurs honoraires est reversée à l'hôpital afin de financer son fonctionnement. A cet égard, on peut se demander si le service rendu par l'hôpital aux médecins est véritablement satisfaisant.

⁵² Communication personnelle (Pr Van den Oever)

3. Les Observations

1. Les Observations sont fréquentes en Belgique

BePASSTA montre que près de 40% des enfants vus aux Urgences y restent plus longtemps que la durée habituelle d'une consultation ordinaire de pédiatrie, pour réaliser des examens complémentaires, attendre les résultats, pour préciser le diagnostic ou pour tester un traitement. On parlera d'Observation pour cette période durant laquelle l'enfant reste à l'hôpital sans être formellement admis. Le plus souvent, l'Observation se déroule aux Urgences, dans la salle d'attente ou dans un box de consultation. L'Observation est donc une modalité de prise en charge pédiatrique courte d'usage fréquent en Belgique. Du reste, dès le début des années '90, l'Observation a été développée dans plusieurs pays (France, Angleterre, Etats-Unis, Australie...) dans le but d'orienter plus finement les flux sortant des Urgences.

2. Les Observations sont utiles

a. Pour **les médecins utilisateurs**, l'Observation clarifie un diagnostic incertain dans 84.3% des cas, et permet de préciser le traitement dans 88.3% des cas. Est-ce utile pour autant? Le sens clinique et l'expérience du médecin ne permettent-ils pas d'orienter correctement les enfants malades? Sous réserve d'une proportion très importante de données manquantes (vide infra), il apparaît que la valeur prédictive du pronostic du pédiatre est assez modeste (quand le médecin pronostique l'hospitalisation de l'enfant, celui-ci n'est réellement hospitalisé que dans 14.7% des cas!). En transformant une hypothèse *a priori* en décision *a posteriori*, l'Observation sécurise le pédiatre dans sa pratique quotidienne aux Urgences.

b. Pour **la Sécurité Sociale**, qu'en est-il du nombre d'hospitalisations traditionnelles évitables grâce à l'Observation?

Plusieurs stratégies ont été développées pour tenter de répondre à cette question.

On s'est d'abord intéressé au pronostic *a priori* de l'observation pour le comparer à la destination (domicile ou hospitalisation) *a posteriori*. Il s'agissait de voir dans quelle mesure un enfant observé était hospitalisé quand le médecin avait pronostiqué une hospitalisation. Un taux très élevé de données manquantes (65%) a rendu cette analyse difficilement praticable. De surcroît, sur l'échantillon constitué (448 observations), on n'a pas observé de différence significative de destination selon le pronostic du médecin. Sous réserve de ce qui précède, on ne démontre pas la valeur du pronostic du médecin, ce qui serait de nature à augmenter l'incertitude pronostique devant laquelle il se trouve.

Une autre stratégie a consisté à segmenter les Observations selon qu'elles répondaient aux critères ou pas. Or on a démontré qu'il n'y avait pas de

différence significative de destination selon le caractère « critère » ou « non critère » de l'Observation. Il est vraisemblable qu'en l'absence d'Observation, le pédiatre aurait hospitalisé tous les enfants « douteux » (100% de toutes les observations dans un lit, soit un peu moins de 10% des enfants observés), alors qu'avec une fonction d'Observation, il en hospitaliserait 7 fois moins (14% vs 100%).

Notons cependant que le design de BePASSTA (excluant l'hospitalisation traditionnelle) n'a pas été conçu au départ pour déterminer la proportion d'hospitalisations évitables grâce à l'Observation. Pour cela, un examen attentif des RCM (relatifs aux séjours traditionnels ne comportant qu'une nuit) serait nécessaire.

L'impact des protocoles de prises en charge courtes, développés dans quelques institutions (comme il en existe à l'hôpital St-Pierre à Bruxelles, par exemple), devra être étudié afin d'évaluer si ces protocoles permettent d'éviter des hospitalisations traditionnelles, en traitant rapidement les enfants en Observation.

3. Critères belges d'une Observation « vraie »

Dans la littérature, les critères qui définissent une Observation « vraie » (c'est à dire qui justifie un financement) varient selon les pays. Classiquement, l'enfant observé séjourne dans un lit pendant au moins 4 heures, sous la responsabilité d'un pédiatre et la surveillance régulière d'une infirmière.

Le comité d'accompagnement a établi que les **critères belges** d'Observation seraient les suivants :

1. L'enfant séjourne dans un lit
2. Il est placé sous la responsabilité d'un pédiatre, qui décide de son orientation future
3. Il est surveillé par une infirmière
4. l'observation dure 2 heures au minimum.

BePASSTA montre que moins de 10% des Observations rencontrent ces critères (hormis le critère 'durée'). Cette faible proportion est à mettre en rapport avec **l'absence de cadre et d'infrastructure dédiée** à l'Observation. En effet, si les enquêtes de terrain et les focus groups ont montré la grande créativité des pédiatres (sauf exception, les observations sont le résultat d'un bricolage, elles se nichent là où cela est possible, en utilisant des moyens dédiés à d'autres fonctions), il n'en reste pas moins que cette situation de flou (juridique, organisationnel et financier) ne contribue pas au développement de l'Observation.

6. « Fonction d'Observation » et « Unité d'Observation »

La plupart des institutions pilotes permettent l'observation d'un enfant aux Urgences. Beaucoup plus rarement, l'hôpital dispose d'une unité dédiée à l'Observation pédiatrique (comme à l'hôpital St-Pierre). Pionnier en la matière, le Pr Martinot à Lille recommande que l'hôpital dispose de 3 à 5 lits d'Observation pour 10.000 visites, regroupés en unité de 4 lits minimum et 16 lits maximum. Les enquêtes de terrain ont montré qu'en Belgique, l'observation des enfants est très répandue alors que peu d'institutions atteignent le seuil de 10.000 consultations non programmées par an. Il convient dès lors de discuter des modalités pratiques de l'Observation dans nos hôpitaux, et de distinguer entre une « **fonction d'Observation** » sans autonomie organisationnelle, et une « **unité d'Observation** » qui elle, serait distincte des autres organes du service de pédiatrie. Le comité d'accompagnement a établi que l'hôpital devrait avoir la possibilité de choisir la modalité d'Observation qui lui convient le mieux.

7. Financement de l'Observation

BePASSTA a montré que les Observations généraient un **travail supplémentaire** pour le personnel soignant. Il conviendrait donc de discuter le financement de cette activité, non seulement pour l'infrastructure et les infirmiers de l'hôpital, mais également pour les médecins.

4. L'hôpital de jour pédiatrique non chirurgical (HJM)

1. Absence de cadre pour l'Hôpital de jour médical *pédiatrique*

L'examen des textes est clair sur ce point, pour l'hôpital de jour médical *pédiatrique*, il n'y a **pas de cadre juridique, organisationnel ou financier** en Belgique. Quand l'HJM pédiatrique existe, c'est comme un appendice de l'hôpital de jour général. La raison en est simple : le texte relatif à l'HJM est postérieur à celui qui traite du programme de soins pédiatriques. Et ce dernier n'a pas été mis à jour par la suite. Il en résulte que les enfants pris en charge à l'HJM *pédiatrique* le sont en réalité dans l'HJM *tout court*, en dehors du programme de soins pédiatriques. La séparation des patients pédiatriques et adultes, qui est importante dans le programme de soins pédiatriques, procède ici de la décision exclusive des directions hospitalières, et n'est pas imposée par la loi. On notera cependant que dans la totalité des hôpitaux-pilotes, la séparation enfants/adultes est respectée: les interviews de terrain ont montré que l'HJM pédiatrique est souvent situé dans le service de pédiatrie en raison de la non-existence ou de la saturation de l'HJM

adulte. Pour en finir avec ce flou, il sera nécessaire de développer un cadre normatif bien défini pour l'HJM pédiatrique.

2. Evolution des durées de séjour pédiatrique

Les données de la littérature, les conventions internationales, les données de terrain et les recommandations ministérielles convergent : le **raccourcissement des durées de séjour** pédiatrique est un objectif commun à tous les acteurs, même si leurs motivations sont différentes. On trouve dans la littérature le détail des dispositifs visant à raccourcir les séjours à l'hôpital : hospitalisation à domicile, et les courts séjours pédiatriques programmés comme à l'HJM pédiatrique et non programmés comme en Observation. Une partie de l'activité d'hospitalisation traditionnelle glissera-t-elle vers l'HJM pédiatrique ? A nouveau, le design de BePASSTA, qui excluait l'hospitalisation traditionnelle, ne permet pas de répondre précisément à cette question. Un examen des raisons d'hospitaliser en pédiatrie et surtout des techniques utilisées (les techniques appliquées la nuit –e.g. gavage, perfusion, O²-thérapie...- compliquent une prise en charge ambulatoire) serait de nature à éclairer cette question.

3. Populations d'enfants et populations d'actes à l'HJM pédiatrique

Dans notre étude, 80.18% des enfants traités à HJM pédiatrique présentent une affection chronique (dont plus de la moitié -61%- de nature onco-hématologique). Cette affection chronique est déterminante puisqu'elle est la cause de l'hospitalisation dans 93% des cas. Cela reflète-t-il ce qu'on observe généralement dans le pays ? Probablement pas : cette situation résulte du choix des hôpitaux-pilotes, où les grosses institutions universitaires (qui concentrent ces pathologies très lourdes) sont bien représentées. Cela ramène à 100 le nombre d'enfants libres d'affection onco-hématologique. Notre échantillon ne présente-t-il pas de telles particularités que toute généralisation des observations de BePASSTA nous serait forcément interdite ? Nous ne le croyons pas : si à l'HJM, la population des *patients* est très particulière, par contre la **population des actes**, elle, est plus ordinaire. En effet, à peine 11% des actes posés à l'HJM sont onco-hématospécifiques (il s'agit des chimiothérapies, transfusions sanguines et de dérivés et des soins de cathéter central). Autrement dit, 89% des actes posés à l'HJM pédiatrique pourraient concerner n'importe quel enfant malade. Ceci éclaire l'énorme **potentiel de développement de l'HJM pédiatrique** au-delà de la sphère onco-hématologique, ou à tout le moins, l'absence d'obstacle médico-technique à ce développement.

4. Localisation de l'HJM pédiatrique

L'HJM pédiatrique doit-il être intégré à l'HJM général, être intégré à l'hospitalisation traditionnelle, ou encore être totalement indépendant ? Si l'on se base sur les

prescrits du programme de soins pédiatriques, l'HJM pédiatrique sera distinct de l'HJM général, afin de séparer enfants et adultes. Sera-t-il pour autant intégré à l'hospitalisation traditionnelle ? A l'exception notable des enfants immunodéficients, la cohabitation enfants infectés-non infectés est aussi fréquente (et délicate) en hospitalisation traditionnelle qu'à l'HJM, surtout en période hivernale. Cette situation n'empêche donc pas le rapprochement des deux fonctions. Le turn-over rapide des patients en HJM est-il compatible avec l'hospitalisation traditionnelle ? Dans BePASSTA, les infirmières relevaient des difficultés organisationnelles dans moins de 10% des cas. Il est possible que la nature de notre échantillon (où les institutions universitaires avec une unité d'HJM pédiatrique bien structurée sont sur-représentées) nous fasse sous-évaluer ces difficultés organisationnelles. A cet égard, on se souviendra qu'à Lille, le turn-over rapide de l'Unité d'Observation avait justifié de la séparer de l'hospitalisation traditionnelle, caractérisée par un turn-over plus lent. L'intégration de l'HJM pédiatrique à l'hospitalisation traditionnelle est donc possible, même si elle n'est pas idéale. La question de la masse critique (combien de séjours pour créer une unité spécifique ?) se pose alors doublement : en terme d'organisation (pour l'hôpital) et de financement de l'infrastructure (pour l'autorité subsidiante).

5. Financement des infrastructures pour les HJM pédiatriques constitués en unité

Si l'HJM pédiatrique se constitue comme une unité à part, des moyens seront nécessaires pour en financer les infrastructures.

Ce financement peut s'opérer :

1. via le BMF
2. et/ou par un fonds régional, selon l'évolution politique future du pays.

Une solution alternative consisterait à autoriser la reconversion de lits E en lits HJM (ou HJ) pédiatriques. Par analogie, le modèle utilisé serait celui développé par l'AR du 16 juin 1999 (qui fixe les règles de conversion de lits psychiatriques hospitaliers en places d'habitations protégées). Cela consisterait en pratique à utiliser l'argent du BMF pour financer des infrastructures ambulatoires. Notons que dans les petits services de pédiatrie, la reconversion de lits E en lits « HJM pédiatriques » se heurterait au seuil de 15 lits E minimum, au risque de perdre l'agrément. Une adaptation des règles relatives à ce seuil devrait alors être envisagée, tenant compte de solutions mixtes « hôpital de jour médical et hospitalisation traditionnelle ».

6. Financement ciblé du fonctionnement de l'HJM pédiatrique

Le financement du fonctionnement de l'hôpital de jour repose sur les actes réalisés (et les forfaits qu'ils déclenchent). Quelle est la nature des actes posés à l'HJM pédiatrique ? Pour l'essentiel, il s'agit d'actes non typiquement pédiatriques réalisés chez des enfants, et donc, plus délicats et plus longs à exécuter que chez l'adulte.

BePASSTA montre que 74% des séjours en HJM pédiatrique génèrent un forfait (avec une répartition quasi égale entre les maxi-forfaits et le groupe min-forfait + forfait 4). Ceci doit être mis en relation avec la composition particulière de notre population de patients : la proportion élevée d'enfants avec des maladies chroniques sévères augmente le recours à des techniques lourdes (valorisées par un forfait). A cette réserve près, on observe que près de la moitié des enfants non chroniques ne déclenchent pas la facturation d'un forfait et qu'au total, un quart (26%) des séjours n'est pas financé. Ce financement ciblé de l'HJM pédiatrique n'incite pas les hôpitaux à développer l'HJM pédiatrique et à en étendre l'usage aux enfants non chroniques.

7. Financement de l'activité médicale

Qu'en est-il des honoraires médicaux ? Au cours d'un séjour en HJM pédiatrique, on peut distinguer deux groupes d'actes et de prestations :

- Les actes qui ont justifié le séjour (actes diagnostiques ou thérapeutiques)
- et ceux qui l'ont rendu possible (la coordination du séjour, la surveillance de l'enfant, les contacts avec les parents, la rédaction du rapport au médecin traitant...).

Les premiers génèrent un honoraire classique. Les seconds ne génèrent pas d'honoraire. Pourtant, l'analyse de la charge de travail à l'HJM révèle le rôle du pédiatre, qui consiste *aussi* à assurer la coordination du séjour de l'enfant. Ce travail de coordination n'est pas valorisé. Ceci ne contribue pas au développement de l'HJM pédiatrique.

5. L'hôpital de jour chirurgical pédiatrique (HJC)

L'HJC est une fonction hospitalière mature, bien structurée par la loi, qui ne pose pas de problème majeur.

On notera cependant les points suivants :

1. Le caractère limitatif des listes d'interventions générant un forfait « liste A » ou INAMI ?

Ni les focus groups ni l'enquête de terrain n'ont montré le souhait des praticiens d'intégrer dans ces listes de nouvelles interventions actuellement réalisées en hospitalisation traditionnelle.

2. Aménagements pédiatriques

Comme énoncé dans différentes conventions internationales, les soins aux patients pédiatriques nécessitent des aménagements particuliers. Or ceux-ci ne sont pas prévus dans la loi, ni financés. Faut-il adapter les normes actuelles de l'hôpital de jour chirurgical ? Cela serait possible en créant un encadrement spécifique pour les enfants et des normes architecturales prévoyant une zone pédiatrique particulière.

3. Quand elle est présente, une **pathologie chronique** alourdit la prise en charge chirurgicale de l'enfant malade. Cette charge de travail accrue devrait être prise en considération.

4. Les pédiatres absents de l' HJ chirurgical

Les pédiatres sont quasiment absents de l'HJC pédiatrique. Cette situation est-elle compatible avec la sécurité de l'enfant et avec le programme de soins pédiatriques ?

VI. RECOMMANDATIONS

1 LES URGENCES ET LA PRISE EN CHARGE NON PROGRAMMÉE DES ENFANTS MALADE

1.1 Le pédiatre comme principal agent des soins urgents aux enfants à l'hôpital

➤ Reconnaissance de la compétence spécifique du pédiatre

Puisque dans la majorité des cas, les enfants vus de manière non programmée (urgences, dispensaire hospitalier, consultation sans rendez-vous...) sont pris en charge par un pédiatre (en contradiction avec la loi), il conviendrait de modifier les textes réglementaires afin qu'il soit reconnu au pédiatre hospitalier la « compétence de la prise en charge des enfants en urgence ». Cette reconnaissance serait temporairement étendue aux pédiatres en formation durant la durée de leurs stages.

➤ Valorisation de la consultation pédiatrique urgente

On l'a vu, le libellé des codes de consultation pédiatriques (102071 et 102572), habituellement utilisés, ne correspond pas à une consultation aux Urgences. De plus, ces consultations sont moins bien valorisées que la consultation du médecin SMU (ce qui entraîne un risque de *glissement* dans la facturation).

Comment assurer une juste valorisation du travail du pédiatre lors des consultations urgentes/non programmées ?

Afin d'éclairer à cette question, il convient de rappeler brièvement les règles de tarification pour les consultations urgentes/non programmées, et tout d'abord, de préciser **l'importance de l'endroit où le contact avec l'enfant malade a lieu** : aux Urgences ou ailleurs dans l'hôpital.

- Aux Urgences :
 - l'honoraire de l'urgentiste (SMU⁵³, SMA⁵⁴, BMA⁵⁵) est cumulable avec l'honoraire « consultation aux urgences » du pédiatre⁵⁶, pour autant que l'urgentiste fasse appel au médecin spécialiste

⁵³ Selon que l'urgentiste est accrédité ou pas et selon qu'il y ait une lettre du médecin traitant, les codes INAMI pour la consultation d'urgence du médecin SMU

- ces honoraires sont cumulables avec des suppléments nuit (21h à 08h)/weekend (8h à 21h)/jours fériés (8h à 21h) pour l'urgentiste (code INAMI : 590833) et pour le pédiatre (code INAMI : 590855)
- en cas d'hospitalisation, ces honoraires sont cumulables avec l'honoraire de surveillance J1 (code INAMI : 598220)
- de plus, pour chaque admission dans le service de pédiatrie (entre autres), le médecin directeur reçoit des honoraires forfaitaires de permanence⁵⁷ aux urgences et aux soins intensifs, qui sont cumulables avec les honoraires précédemment cités.
- A l'extérieur du service des urgences :
 - Le pédiatre reçoit un honoraire de consultation (codes INAMI 102071/102572) cumulable le cas échéant avec un supplément nuit/weekend/jours fériés (code INAMI : 102513)
 - le cumul avec l'honoraire de surveillance J1 est interdit
 - L'honoraire forfaitaire de permanence n'est pas dû.

En résumé, on pourrait dire que réalisée dans le service des urgences, la consultation pédiatrique urgente/non programmée est cumulable avec plusieurs autres honoraires, dont le total dépasse largement les honoraires

sont : 590553 (accrédité sans lettre), 590516 (non accrédité sans lettre), 590575 (accrédité avec lettre), 590531 (non accrédité avec lettre).

⁵⁴ Selon que l'urgentiste est accrédité ou pas et selon qu'il y ait une lettre du médecin traitant, les codes INAMI pour la consultation d'urgence du médecin SMA sont : 590693 (accrédité avec lettre), 590671 (accrédité sans lettre), 590656 (non accrédité avec lettre), 590634 (non accrédité sans lettre).

⁵⁵ Selon que l'urgentiste est accrédité ou pas et selon qu'il y ait une lettre du médecin traitant, les codes INAMI pour la consultation d'urgence du médecin BMA sont : 590811 (accrédité avec lettre), 590796 (accrédité sans lettre), 590774 (non accrédité avec lettre), 590752 (non accrédité sans lettre).

⁵⁶ Dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents, les codes INAMI 590892 (spécialiste non accrédité) et 590973 (spécialiste accrédité) couvrent la consultation d'urgence du pédiatre, mais également celle de l'interniste, du cardiologue, gastro-entérologue, pneumologue, rhumatologue, oncologue médical et gériatre, pour autant que celui-ci ait été appelé par l'urgentiste de permanence.

⁵⁷ Le code 590181 correspond à l'honoraires forfaitaire pour la permanence médicale intra-hospitalière dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, H, (i), K, L, M ou NIC, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés. Le code 590203 correspond à l'honoraires forfaitaire pour la permanence médicale intra-hospitalière dans une fonction reconnue de soins intensifs par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, H, (i), K, L, M ou NIC d'un hôpital général qui dispose d'une fonction reconnue de soins intensifs.

générés par cette même consultation urgente/non programmée réalisée en dehors des urgences.

Dès lors, plutôt que de créer de nouveaux codes INAMI ou d'étendre le champ des codes existants, il serait plus judicieux de commencer par exploiter convenablement les ressources présentes dans la nomenclature. Pour cela, le trajet de soins pédiatrique non programmé devrait être uniformisé en Belgique, avec une localisation exclusive dans le service des urgences.

1.2 La pénibilité du travail aux Urgences

➤ Adapter la durée du temps de travail de tous les médecins hospitaliers

La difficulté du travail nocturne constitue un véritable problème, en particulier dans les services avec un petit nombre de pédiatres. Pour des raisons liées à la sécurité du patient (et à celle du médecin, du point de vue médico-légal en cas d'accident), nous suggérons que la durée ininterrompue de travail des pédiatres fasse l'objet d'une réflexion et d'un consensus entre les différents acteurs.

1.3 Les Urgences « inappropriées » et plus généralement, la place de l'hôpital comme acteur de première ligne

➤ Une étude globale portant sur les soins primaires aux enfants en Belgique

BePASSTA a montré la grande complexité du réseau de soins pédiatriques primaires en Belgique. Ce tableau résulte de l'équilibre qui s'est établi entre la demande de soins et l'offre proposée par les médecins généraliste, pédiatres, urgentistes, en privé et à l'hôpital. Cet équilibre permet-il d'offrir le meilleur service à la population tout en contrôlant son coût ? Quel doit être le rôle de l'hôpital, des généralistes et des pédiatres de ville ? Faut-il créer de nouvelles structures extra-hospitalières comme des dispensaires, ou bien favoriser l'utilisation des structures existantes (les gardes hospitalières) puisqu'elles sont déjà financées, ce qui permettra d'amortir leurs coûts fixes plus rapidement ? Pour répondre à toutes ces questions, nous suggérons de réaliser une étude globale portant sur la prise en charge médicale primaire des enfants dans notre pays. Il s'agirait de comparer différents modèles de prise en charge pour la pédiatrie de première ligne, tenant compte à la fois des souhaits des parents et de la sécurité des enfants, des ressources financières

limitées et de la recherche de l'optimum d'efficacité, mais également de la démographie des médecins.

1.4 La facturation aux Urgences

Les erreurs de tarification aux Urgences portent préjudices à l'ensemble des acteurs de soins : les parents, les différents médecins impliqués et l'hôpital. Différentes voies sont imaginables pour réduire l'importance des erreurs de facturation :

- Selon le mode de rémunération des médecins, les hôpitaux pourraient mettre en place des procédures afin d'inciter les médecins prestataires à contrôler l'exactitude de la facturation
- Une autre piste investiguée dans certaines institutions a été de désigner des « infirmières de tarification ». La tâche de celles-ci consiste à vérifier la tarification aux urgences, en salle d'opération...

1.5 Le financement des Urgences

Le financement actuel des urgences par l'intermédiaire du B2 du BMF devrait être maintenu. Cependant, le financement des urgences pédiatriques et de la fonction d'Observation (vide infra) nécessite une intervention particulière, tenant compte du nombre d'ETP infirmières dévolu à ces fonctions pédiatriques, et du pourcentage d'urgences chez des patients âgés de moins de 16 ans.

2 LES OBSERVATIONS

2.1 Les Observations sont fréquentes et utiles mais ne disposent pas de cadre

➤ Création d'un cadre réglementaire pour les Observations

Ce qui précède montre que les modalités de prises en charge brèves et non programmées des enfants malades rencontrent les besoins des soignants et des parents. Le développement de l'Observation passera pour la définition précise de norme de fonctionnement et de financement.

Entre autres, ces normes devront inclure les points suivants :

1. L'hôpital décidera s'il souhaite développer une simple « **Fonction d'Observation et de Traitement** », ou créer une véritable « **Unité d'Observation et de Traitement** ».
2. Indépendamment du choix de l'hôpital, une **zone d'accueil pour admission d'enfant non programmée** ou de consultation prolongée et d'observation devra être identifiée dans un lieu choisi par l'hôpital en fonction de sa configuration et de sa fréquentation habituelle. Elle permettrait la mise en observation d'enfants en attendant une décision relative à l'avenir immédiat.
3. La Fonction/Unité d'Observation et de traitement est placée **sous la responsabilité d'un pédiatre** qui prendra les décisions d'orientation immédiate de l'enfant tant en matière de localisation future qu'en matière thérapeutique.
4. Le **personnel infirmier** affecté à la Fonction/Unité d'Observation et de Traitement aura une **qualification pédiatrique**.

2.2 Financement de l'activité médicale et tarification des Observations

➤ Critères d'Observation

L'activité des médecins en Fonction/Unité d'Observation sera honorée pour autant que l'Observation soit justifiée. Nous suggérons que la présence d'un enfant à l'hôpital soit qualifiée d' « Observation » pour autant que les critères suivants soient remplis :

- a. l'enfant séjourne dans un lit, ou au minimum dans un endroit spécialement dédié à cet effet
- b. L'enfant est régulièrement surveillé par les infirmières
- c. L'enfant est observé durant 2 heures au minimum (heure d'entrée en observation – heure de sortie de l'observation)
- d. L'enfant est placé sous la responsabilité directe d'un pédiatre, qui décide de l'orientation future du patient
- e. Un rapport d'Observation est rédigé à la fin du séjour.

➤ L'honoraire d'observation

Pour les pédiatres, l'avis et la prise en charge globale précédant l'autorisation de sortie devraient faire l'objet d'un honoraire spécifique. En particulier, il pourrait être créé un « honoraire d'observation », d'une valeur égale à l'honoraire de surveillance J1 (code INAMI 598802), qui couvrirait l'activité du pédiatre durant l'observation, y compris la rédaction du rapport de sortie. Cet honoraire sera cumulable avec l'honoraire de l'urgentiste et avec celui de la consultation du pédiatre aux urgences.

2.3 Financement de la Fonction/Unité d'Observation et de Traitement

Le financement de la « Fonction d'Observation et de Traitement » se fera grâce à **l'extension du champ du mini-forfait**. Pour autant que l'ensemble des critères d'observation soient remplis, un mini-forfait serait attribué à l'hôpital. Ceci nécessitera la réévaluation du montant du mini-forfait.

3 L'HÔPITAL DE JOUR NON CHIRURGICAL PÉDIATRIQUE

3.1 Absence de cadre pour l'Hôpital de jour médical *pédiatrique*

➤ Création d'un cadre réglementaire pour l'HJM pédiatrique

Nous proposons de définir un cadre réglementaire basé sur les travaux réalisés il y a quelques années par un groupe de travail spécialisé à la demande du SPF Santé Publique et Sécurité de la chaîne alimentaire. Ces normes complèteraient les normes d'agrément de l'hôpital de jour médical pour adulte, ou s'ajouteraient au plan de soins pédiatriques.

PROPOSITIONS NORMES D'AGRÉMENT:

PROGRAMME DE SOINS « HOSPITALISATION MÉDICALE DE JOUR POUR ENFANTS - PROGRAMME DE SOINS DP »

A. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Groupe cible Dp: tous les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans (= soit jusqu'à 15 ans et 364 jours), qui ne subissent pas une intervention chirurgicale mais pour laquelle une journée d'hospitalisation forfaitaire peut bien être facturée, tel que visé à l'article 4 de l'accord conclu le 24 janvier 1996 entre les établissements de soins et les organismes assureurs.

A.1. LE PROGRAMME DE SOINS DP

A.1.1. Le programme de soins Dp concerne tous les enfants du groupe cible Dp défini ci-dessus.

A.1.2. Pour que ce programme soit agréé et puisse le rester, on propose qu'il réponde aux normes d'agrément suivantes.

A.1.3. Le programme de soins Dp:

1° fait partie, sur les plans organisationnel et architectural, d'un hôpital général et se trouve sur le même site que le programme de soins « soins hospitaliers pour enfants hospitalisés – programme de soins Bp »;

2° est exploité par le même pouvoir organisateur que celui de l'hôpital sur le site duquel il se trouve;

3° exécute des prestations telles que mentionnées dans la définition du groupe cible, sans que cela donne lieu à un séjour à l'hôpital avec nuitée. Il faut prévoir une procédure y afférente pour le cas où, exceptionnellement, une nuitée s'avère quand même nécessaire;

4° a une organisation propre et spécifique.

A.2.

Tous les enfants de l'hospitalisation de jour entre 16 et 18 ans et tous les patients avec une minorité prolongée, doivent avoir le choix de séjourner dans l'unité d'hospitalisation de jour pour enfants ou dans une unité d'hospitalisation de jour pour adultes.

A.3. NATURE ET CONTENU DES SOINS

Le programme de soins Dp concerne toutes les activités médicales, infirmières et d'autres activités de soins et d'accompagnement, qui seront effectuées sur les patients de ce programme de soins.

B. INFRASTRUCTURE ET DISPOSITIONS

B.1.

Le programme de soins Dp constitue, avec le programme de soins Cp, une entité identifiable et distincte:

- a) soit au sein de l'unité infirmière du programme de soins Bp;
- b) soit dans une unité séparé utilisé exclusivement pour le diagnostic, le traitement et les soins des patients des programmes de soins Dp et éventuellement Cp.

B.2. EQUIPEMENT

Les mêmes normes que celles mentionnées au point B.2. du programme de soins Bp sont d'application pour les équipements matériels.

B.3. EXIGENCES ARCHITECTURALES

B.3.1. Au sein de l'entité telle que visée au point B.1. a) le programme de soins Dp dispose d'un espace propre adapté à la prise en charge et la préparation du patient. Cet espace doit être pourvu d'oxygène, du vide et d'air comprimé reliés au circuit central. Il peut également être utilisé par le groupe cible du programme de soins Cp. A cet effet, on prévoit au moins des locaux nécessaires adaptés aux enfants (avec des cabines, des locaux d'examen, des salles d'attente et des toilettes), ainsi

que toutes les facilités nécessaires à un traitement rapide des procédures médico-administratives.

B.3.2. L'entité, telle que visée au point B.1. b) doit disposer des mêmes exigences infrastructurelles et dispositions telles que décrites au point B. du programme de soins Bp. Les espaces suivants peuvent être utilisés conjointement avec l'unité où le programme de soins Bp est établi, à condition qu'il soit attenant, d'un point de vue architectural, à l'unité où le programme de soins Dp est établi;

- 1) un espace de secrétariat ou administratif aménagés de manière appropriée,
 - 2) au moins deux resserres, dont une pour l'entreposage du matériel propre comme le linge et une pour le matériel d'entretien,
 - 3) une salle d'examen et de traitement,
 - 4) un local pour les médecins,
 - 5) un local pour les activités thérapeutiques et éducatives pour autant qu'il n'y en ait pas déjà un ailleurs dans l'hôpital et à condition que les enfants ne peuvent jamais être traités ou soignés conjointement avec des adultes,
 - 6) un local de jeu,
 - 7) un local pour converser avec les accompagnants de l'enfant,
 - 8) une cuisine,
 - 9) une salle de séjour dans laquelle les parents ou le tuteur peuvent se retirer,
 - 10) un vidoir pour l'entreposage temporaire des déchets et du matériel souillé.
- Ce local doit comprendre un vide-pannes.

B.3.3. La taille, le nombre et le type des équipements pour la prise en charge doivent être fonction du type et du nombre d'exams et de traitements effectués, ainsi que des besoins spécifiques des enfants examinés et traités.

B.4. AUTRES ASPECTS DE L'USAGE DE L'INFRASTRUCTURE

B.4.1. Le séjour au sein du service doit être sûr pour chaque personne et en particulier pour les enfants. Toutes les dispositions doivent être prises pour que les enfants ne puissent quitter le service sans être vus. Dans tous les espaces accessibles aux enfants, les parents ou le tuteur doivent pouvoir être présents auprès de leurs enfants et il y a lieu d'accorder une attention particulière à la prévention des accidents ou à la contagion. Une attention particulière doit être accordée aux normes de sécurité incendie.

B.4.2. L'organisation de l'usage de l'infrastructure doit être de telle façon que:

- les parents ou le tuteur puissent aider à la dispensation des soins à l'enfant dans la chambre où ce dernier est soigné;
- les patients du programme de soins Bp ne séjournent pas en même temps dans les chambres de patient que les enfants du programme de soins Dp.

B.4.3. Le programme de soins Dp devrait disposer, durant les heures normales de l'hospitalisation de jour, de suffisamment de chambres pour patients adaptées au type et au nombre d'examens et de traitements effectués. Ces chambres sont situées au sein de l'entité a) ou b), telle que définie au point B.1., et sont conformes aux dispositions des points B.4.1. et B.4.2.

B.5. SALLE D'EXAMEN ET DE TRAITEMENT

Le programme de soins Dp dispose, pour chaque procédure exécutée dans le cadre du programme de soins Dp, d'au moins une salle d'examen et de traitement adapté aux enfants.

A cet égard, il convient de conclure des accords écrits en ce qui concerne l'organisation, qui garantissent que le déroulement du programme d'examen et des traitements pour enfants n'est en aucun cas subordonné au programme pour patients hospitalisés ni au programme pour adultes.

Le programme Dp doit être organisé de telle façon que:

- les patients pleinement conscients de ce programme de soins ne soient pas confrontés, ni de façon auditive, ni de façon visuelle, avec ce qui se passe dans les autres locaux d'examen et de traitement;
- un des parents ou un tuteur puissent rester près de l'enfant pendant l'examen ou le traitement.

C. LA DIRECTION, CADRE MÉDICAL ET NON MÉDICAL EXIGÉ ET COMPÉTENCES

C.1. LA DIRECTION MÉDICALE

La direction médicale du programme de soins pédiatrique est également chargée de la direction des aspects médicaux du programme de soins Dp.

Elle est responsable :

- 1° du bon fonctionnement et du niveau scientifique médical de ce programme de soins, avec tous les droits et les devoirs qui en découlent;
- 2° de prendre par écrit les arrangements en matière d'organisation visés au point B.5.;
- 3° de fixer la procédure écrite et les critères de sélection visés au point C.4.1.;
- 4° l'établissement du programme visé au point D.1..

Elle élabore un règlement d'ordre intérieur, lequel comprend des procédures relatives à:

- a) la transmission de toute information à l'enfant et/ou à ses parents et/ou le tuteur, nécessaire pour pouvoir obtenir leur consentement pour faire l'examen ou le traitement;
- b) l'information en temps utile du médecin du premier échelon par rapport à l'examen ou le traitement;
- c) la protection des enfants contre les traitements et examens superflus, ainsi que contre l'utilisation impropre du dossier médical et d'autres données personnelles;
- d) la réalisation d'une autopsie sur tous les patients qui décèdent durant leur séjour à l'hôpital, compte tenu des éventuels obstacles juridiques ou objections résultant des convictions religieuses ou à d'autres convictions;
- e) la discussion et l'évaluation spécifiques de chaque cas de décès chez ces enfants. Le rapport écrit y afférent doit être repris dans le dossier médical de l'enfant et, sous forme synthétisée et anonymisée, dans le rapport annuel du programme de soins concerné;
- f) les interactions avec les autres médecins avec lesquels l'enfant hospitalisés entrent en contact;
- g) les mesures d'isolement des personnes qui représentent un danger particulier de contamination;
- h) la formation permanente des médecins du programme de soins pédiatrique, en attachant une importance particulière à la prise en charge de la douleur chez l'enfant.
- i) toutes les autres dispositions organisationnelles qui peuvent assurer la qualité et la continuité de la dispensation des soins médicaux également après le séjour à l'hôpital;
- j) les urgences pédiatriques (telles que la réanimation) dans l'unité d'hospitalisation du programme de soins, permettant de dispenser à tout moment une assistance médicale et infirmière par du personnel qualifié pour les urgences;
- k) l'accessibilité du dossier médical, de façon à ce que le dossier médical de tous les patients qui séjournent dans l'unité d'hospitalisation du programme de soins pédiatrique soit toujours accessible à toutes les personnes compétentes;
- l) l'enregistrement de données pour l'audit, l'épidémiologie et les examens;
- m) l'information orale des parents et/ou enfants et/ou du tuteur durant la consultation préalable au traitement de jour planifié, au sujet, notamment, de la participation des parents ou du tuteur aux soins et de l'examen (ou des examens) et/ou du (des) traitement(s) (du but, du type, des résultats attendus, des risques éventuels et des alternatives possibles);
- n) l'information, en temps utile, des parents et/ou enfants et/ou du tuteur au sujet de la préparation à domicile, la période durant laquelle un enfant doit

rester à jeun, le déroulement prévu du traitement de jour avec, la prévention de la douleur et la lutte contre celle-ci, la postcure à domicile, les éventuelles réactions de l'enfant et le suivi médical lors d'éventuelles complications après la sortie;

- o) un examen clinique avant l'examen ou le traitement de l'enfant par un pédiatre;
- p) la procédure relative à la sortie et à la responsabilité médicale de la décision de sortie
- q) La rédaction d'un rapport d'hospitalisation pour le médecin référent et pour le médecin traitant

C.2. LA DIRECTION INFIRMIÈRE

C.2.1. La direction infirmière du programme de soins Dp est la même que du programme de soins pédiatrique. Il est responsable de l'organisation des activités spécifiquement infirmières du programme de soins Dp, conformément aux dispositions y afférentes du point C.3. du programme de soins pédiatrique.

C.2.2. Quand le programme de soins Dp se compose d'une unité comme visée au point B.1. b) un infirmier en chef à part pour cette unité, ayant au moins les mêmes qualifications que celles décrites au point C.3.1. de la direction infirmière du programme de soins Bp, doit être présent.

C.3. LE RESPONSABLE POUR LES AUTRES ASPECTS DE QUALITÉ DE LA VIE

Pour les autres aspects de qualité de la vie du programme de soins Bp, l'hôpital de jour doit pouvoir faire appel aux structures hospitalières spécifiques existantes.

C.4. RESPONSABILITÉS COMMUNES

C.4.1. Les responsables médicaux et infirmiers pour le programme de soins pédiatrique établissent une procédure écrite, relative à:

1° toutes les activités précédant nécessairement l'hospitalisation dans ce programme de soins, plus particulièrement en ce qui concerne:

- a) les critères de sélection fixés par écrit, concernant à la fois les patients et les examens et traitements.

Un de ces critères de sélection consiste en ce que le programme de soins pédiatrique n'admette que les patients qui, chez eux, peuvent bénéficier en permanence d'une prise en charge adéquate.

- b) l'organisation des examens préparatoires;
- c) la possibilité de visiter l'unité, la réalisation de l'anamnèse infirmière et la recherche préalable d'informations relatives aux coutumes culturelles et religieuses qui sont importantes pour les parents et/ou le tuteur

et/ou l'enfant, en ce qui concerne la nourriture et/ou la boisson, l'examen corporel, les rituels religieux, ...

- 2° l'observation après l'examen ou le traitement;
- 3° la sortie du patient du programme de soins pédiatrique et la façon dont la continuité des soins est assurée. Il convient plus particulièrement de prévoir une procédure écrite relative à l'accompagnement du patient à son domicile et les soins de suivi du patient après la sortie.
Lorsque le patient quitte l'hôpital, il y a lieu de rédiger immédiatement un rapport à l'intention du (des) médecin(s) responsable(s) du suivi médical et/ou du traitement en dehors de l'hôpital. Il convient soit de donner ce rapport au(x) parent(s) ou au tuteur (en vue de le transmettre au médecin précité) soit de l'envoyer immédiatement au(x) médecin(s) concerné(s). Ce rapport doit comporter tous les éléments nécessaires pour pouvoir, à tout moment, assurer la coordination du suivi médical et/ou du traitement en dehors de l'hôpital.
- 4° la formation permanente des membres infirmiers et soignants du personnel du programme de soins pédiatrique.

C.4.2. Ils veillent à ce que le règlement d'ordre intérieur, tel que visé au point C.5.2. du programme de soins Bp, s'applique également au groupe cible du programme de soins Dp.

C.5. LA PERMANENCE MÉDICALE

Dans le programme de soins pédiatrique, une présence permanente doit être assurée par un médecin spécialiste en pédiatrie, et ce jusqu'au moment où le dernier patient ait quitté le programme de soins pédiatrique.

C.6. LE PERSONNEL D'ENCADREMENT NON MÉDICAL

C.6.1. Quand le programme de soins pédiatrique se compose d'une unité comme visée au point B.1. b), ce programme de soins dispose, pendant les heures d'ouverture, d'un effectif propre, distingué des autres effectifs de l'hôpital.

Au sein de cette unité du programme de soins Dp, il doit être assuré, pendant les heures d'ouverture, une présence permanente d'au moins un infirmier gradué ayant une qualification particulière en pédiatrie.

C.6.2. Lorsque l'activité des programmes de soins pédiatrique fait ensemble plus de 800 patients par an, au moins un infirmier gradué ayant une qualification particulière en pédiatrie doit être attaché à temps plein aux deux programmes de soins et les deux programmes de soins doivent disposer ensemble, par tranche entamée de 800 patients d'un infirmier gradué supplémentaire, lequel peut être utilisé en fonction de l'occupation réelle.

C.6.3. Dans le cadre du programme de soins pédiatrique, il faut suffisamment d'infirmiers gradués susceptibles de fournir une assistance et d'assurer l'accompagnement de l'enfant lors des activités pratiquées dans les locaux d'examen et de traitement.

D. CONTRÔLE DE QUALITÉ

D.1.

Le programme de soins pédiatrique doit élaborer un programme de contrôle de la qualité afférent, au moins, au fonctionnement du programme de soins, au résultat des soins dispensés et à la communication avec les prestataires du premier échelon.

Il convient de procéder à une évaluation qualitative, tant interne qu'externe, des activités médicales du programme de soins Dp, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux. Sur la base d'un enregistrement interne, il convient de rédiger un rapport annuel sur la qualité de l'activité médicale. Le contrôle est effectué par le Collège pour la pédiatrie comme visé au point D.1. du programme de soins Bp.

D.2.

Une évaluation qualitative infirmière / nursing audit doit être organisée au moins deux fois par an, à l'initiative de la direction infirmière de ce programme de soins.

D.3.

Tous les règlements, les procédures, les rapports, les critères, les accords et les programmes cités dans cette proposition de normes d'agrément doivent être à la disposition du médecin-inspecteur compétent.

E. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Les normes d'agrément proposées entrent seulement en vigueur le premier jour du sixième mois suivant lequel elles ont été publiées au Moniteur belge, à l'exception du point B.3.2. qui n'entre en vigueur que le premier jour du trente-sixième mois suivant celui de la publication au Moniteur belge; ce délai peut être prolongé en fonction d'un plan de travaux d'aménagement à soumettre par l'établissement, après approbation par le ministre compétent.

Lorsqu'il est constaté qu'il n'est plus satisfait aux normes de ce programme de soins, l'agrément des programmes de soins Dp, Cp, Bp et Up est retiré.

3.2 Financement de l'HJM pédiatrique

➤ Préambule : les règles de tarification à l'Hôpital de jour

La tarification d'un séjour en Hôpital de jour est déterminée par les actes posés pendant ce séjour. Selon la liste à laquelle ces actes appartiennent, l'hôpital portera en compte un forfait INAMI (mini, maxi, groupes 1 à 7, douleur chronique –forfait 8, manipulation d'un cathéter à chambre –forfait 8 bis, dialyse, plâtre) ou un forfait « liste A » (annexe 3.6 de l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux et article 110 bis du même arrêté).

- les **forfaits INAMI** : le montant de chaque forfait est fixé par voie de circulaire ; il ne varie pas d'un hôpital à un autre. De création récente, le forfait 8 bis est porté en compte quand la manipulation d'un cathéter à chambre est réalisée dans un but d'imagerie médicale (injection d'un produit de contraste ou d'un radio-isotope), ou en vue d'analyses biologiques.
- les **forfaits « liste A »** : ces forfaits se décomposent en 2 parties distinctes.
 1. Un montant **par admission** : le paiement du montant par admission est dû à chaque première journée d'hospitalisation comprenant une nuit, et également en cas d'admission en hospitalisation de jour chirurgicale quand la prestation exécutée est reprise dans la liste A.
 2. Un montant **par journée d'entretien** : le paiement du montant par journée d'entretien est dû à chaque journée d'hospitalisation comportant au moins une nuit, et également en cas d'admission en hospitalisation de jour chirurgicale quand la prestation exécutée est reprise dans la liste A.

Le montant des forfaits 'liste A' varie d'un hôpital à l'autre, puisqu'il dépend du BMF.

Peut-on combiner ces différents forfaits (INAMI et liste A)?

La circulaire INAMI 2011/7 en date du 25/3/2011 est claire sur ce point :

- Le cumul d'un forfait INAMI et d'un forfait liste A n'est pas autorisé (art 3 § 9) ; dans ce cas, seuls le forfait liste A peut être porté en compte (art 4 § 10)
- Le cumul de plusieurs forfaits INAMI n'est pas autorisé. Seul le montant le plus élevé peut être porté en compte (art 4 §10)

Précisons encore que :

- Le mini-forfait (761213) ne peut être cumulé avec la prestation 761434 (« tout état nécessitant une perfusion intraveineuse ») (circ. 2010/2)
- Le mini-forfait est justifié dans deux circonstances :
 1. Administration de soins urgents chez un patient dans un lit, avec une note au dossier médical et la rédaction d'un rapport (« justification ») à adresser au médecin-conseil sur demande de celui-ci
 2. L'administration intraveineuse d'un médicament, de sang ou de dérivés sanguins labiles.
- Le mini-forfait ne peut être attesté en cas de perfusion de glucose et d'électrolytes s'il s'agit d'une perfusion d'entretien ou d'un rinçage de port-à-cath.

S'agissant des honoraires médicaux, la situation diffère selon que l'on a facturé un mini-forfait, ou tout autre forfait (maxi-forfait, forfait 1 à 7, forfaits douleurs, liste A).

Un mini-forfait a été facturé : le patient hospitalisé à l'hôpital de jour est considéré comme un patient ambulatoire. A ce titre, une consultation de pédiatrie (102071/102572) peut lui être facturée, mais pas un honoraire de surveillance.

Un autre forfait a été facturé : le patient hospitalisé de jour est considéré comme un patient hospitalisé, c'est-à-dire que les règles de l'hospitalisation classique sont prises en compte. Pratiquement, un avis spécialiste peut être porté en compte (mais pas une consultation), ainsi qu'un honoraire de surveillance (code INAMI : 598220). Notons toutefois que l'honoraire de surveillance et l'avis ne peuvent être simultanément facturés au pédiatre.

➤ **Analyse du coût complet de l’HJM pédiatrique oncologique et non oncologique**

L’étude des coûts de l’hôpital de jour médical est actuellement en cours dans un groupe de travail à l’INAMI qui a décidé de concentrer son analyse sur l’hôpital de jour pour adultes. Cette analyse s’intéresse plus particulièrement à l’hôpital de jour oncologique, ce qui constitue aujourd’hui une importante activité de jour comme nous avons pu le constater dans notre étude. Plusieurs forfaits oncologiques seront prévus. Puisque le financement de l’hôpital de jour médical pédiatrique n’est pas encore établi, nous suggérons qu’une étude soit menée afin d’analyser le coût complet de l’hôpital de jour médical pédiatrique oncologique et non-oncologique.

➤ **Financement des infrastructures de l’HJM pédiatrique**

Si l’HJM pédiatrique se constitue comme une unité à part, des moyens seront nécessaires pour en financer les infrastructures.

Ce financement peut s’opérer :

1. via le BMF
2. et/ou par un fonds régional, selon l’évolution politique future du pays.

Une solution alternative consisterait à autoriser la reconversion de lits E en lits HJM (ou HJ) pédiatriques, en utilisant de nouvelles dispositions légales permettant cette réaffectation spécifique. Par analogie, le modèle utilisé serait celui développé par l’AR du 16 juin 1999 (qui fixe les règles de conversion de lits psychiatriques hospitaliers en places d’habitations protégées). Cet article permet de réaffecter des ressources existantes en vue de créer de nouvelles structures. Cela consisterait en pratique à utiliser l’argent du BMF pour financer des infrastructures ambulatoires. Notons cependant que la reconversion de lits E en lits « HJM pédiatriques » se heurterait au seuil de 15 lits E minimum (au risque de perdre l’agrément⁵⁸), et qu’elle pourrait également mettre en danger le statut de « service de stage ». Une adaptation des règles relatives à ce seuil devrait alors être envisagée, en tenant compte de solutions mixtes « hôpital de jour médical pédiatrique et hospitalisation traditionnelle ».

⁵⁸ Arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d’agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d’hôpitaux et les normes particulières qu’ils doivent respecter (chapitre IV art 14)

➤ **Financement du fonctionnement de l'HJM pédiatrique**

Le financement du fonctionnement de l'hôpital de jour médical repose sur les actes réalisés (et les forfaits qu'ils déclenchent). Quelle est la nature des actes posés à l'HJ médical pédiatrique ? Pour l'essentiel, il s'agit **d'actes non typiquement pédiatriques** réalisés chez des enfants, et donc, plus délicats et plus longs à exécuter que chez l'adulte. BePASSTA montre que 74% des séjours en HJM pédiatrique génèrent un forfait INAMI (avec une répartition quasi égale entre les maxi-forfaits et le groupe mini-forfait + forfait 4). Ceci doit être mis en relation avec la composition particulière de notre population de patients : la proportion élevée d'enfants avec des maladies chroniques sévères augmente le recours à des techniques lourdes (valorisées par un forfait INAMI). A cette réserve près, on observe que près de la moitié des enfants non chroniques ne déclenchent pas la facturation d'un forfait et qu'au total, un quart (26%) des séjours n'est pas financé, si ce n'est éventuellement par une rétrocession d'une part des honoraires médicaux. Le glissement progressif observé d'une partie de l'activité de l'hospitalisation classique vers l'hôpital de jour devrait permettre une plus grande intégration du financement de l'hôpital de jour pédiatrique dans le BMF en fonction des activités et de la performance substitutive à l'hospitalisation classique.

En tout état de cause, nous suggérons que **le financement de l'hôpital de jour médical pédiatrique soit calqué sur celui de l'HJ chirurgical**.

Ainsi, il serait assuré :

- par les forfaits INAMI tels que définis actuellement
- par le BMF (parties A1, B1 et B2), sur base de l'activité justifiée (un séjour en hôpital de jour médical pédiatrique serait égal à 0.81 journée justifiée, par exemple).

Pour cela, il conviendrait de créer un mécanisme par lequel l'activité clinique intervienne dans le calcul du BMF et contribuer au financement de l'HJ médical pédiatrique, même quand elle ne justifie pas un forfait INAMI.

La création d'une « liste A médicale » sur le modèle de la liste A classique rencontre un obstacle de taille : il existe très peu d'actes exclusivement pédiatriques.

On peut cependant proposer **un mécanisme alternatif** basé sur les critères suivants :

1. L'hospitalisation de jour concerne un patient de moins de 15 ans
2. Il séjourne dans un lit, ou au moins dans un espace qui lui est dédié
3. La somme des valeurs K des actes posés durant son séjour dépasse une valeur seuil à fixer.

Si l'ensemble de ces critères est rencontré lors d'un séjour en HJ médical pédiatrique, on considèrera que le séjour justifie un financement, comme un séjour en HJ chirurgical qui comporterait une intervention de la liste A (classique).

➤ **Requalification des séjours**

Il sera également nécessaire de prévoir un mécanisme de requalification des séjours en hospitalisation classique quand l'indication aurait pu être prise en charge à l'hôpital de jour médical pédiatrique.

Pour cela, un groupe d'experts pédiatres proposera une liste de circonstances (diagnostics, actes, combinaison d'actes, etc... sur base du RCM) devant obligatoirement être prises en charge en HJM pédiatrique.

Enfin, la possibilité de soigner des enfants malades chez eux (hospitalisation à domicile) devrait faire l'objet d'une étude de faisabilité et d'une analyse d'impact budgétaire.

➤ **Financement de l'activité médicale**

Qu'en est-il des honoraires médicaux ? Au cours d'un séjour en HJM pédiatrique, on peut distinguer deux groupes d'actes et de prestations:

- Les actes qui ont justifié le séjour (actes diagnostiques ou thérapeutiques) et qui génèrent des honoraires
- et ceux qui l'ont rendu possible (la coordination du séjour, la surveillance de l'enfant, les contacts avec les parents, la rédaction du rapport au médecin traitant...).

Comme exposé dans le préambule, la coordination du séjour à l'hôpital de jour médical sera valorisée différemment, selon le type de forfait facturé. Reste la situation où aucun forfait n'est facturable. Dans ce cas, la coordination du séjour (pourtant bien réelle) ne permet pas de porter en compte une consultation de pédiatrie, ou un honoraire de surveillance. C'est pourquoi, pour ces situations particulières, il serait utile de créer un « **honoraire de coordination** » pour le médecin responsable du séjour de l'enfant. Cet honoraire aurait une valeur égale à l'honoraire de surveillance J1 (code INAMI 598802).

4 L'HÔPITAL DE JOUR CHIRURGICAL PÉDIATRIQUE

4.1 Le contenu de la liste A

Les actes repris dans la liste A ne semblent pas poser de problème aux chirurgiens. BePASSTA n'a pas permis de mettre en évidence des interventions à rajouter à cette liste A. Une révision régulière de cette liste pourrait cependant être envisagée pour l'actualiser. Un groupe de travail comprenant des chirurgiens (au sens large) et des pédiatres serait constitué à cet effet.

4.2 Le pédiatre est quasiment absent de l'HJ chirurgical

Si l'enquête de terrain a révélé la présence assez discrète des pédiatres à l'hôpital de jour chirurgical, elle a également permis de montrer que le contrôle de la douleur y était insuffisant, et, plus important encore, que 1.4% des enfants opérés présentaient des complications imprévues qui les obligeaient à passer au moins une nuit à l'hôpital. Rappelons encore que l'étude BePASSTA a été réalisée dans des institutions qui, toutes, étaient pourvues d'un programme de soins pédiatriques. Loin d'être marginaux, ces deux points (le contrôle insuffisant de la douleur chez l'enfant et la survenue de complications post-opératoires parfois graves) soulignent à la fois le rôle accru que le pédiatre devrait jouer à l'hôpital de jour chirurgical, mais également la nécessité de lier l'hôpital de jour chirurgical à une structure de soins capable de gérer les urgences pédiatriques, autrement dit une institution comportant un programme de soins pédiatrique.

4.3 Le financement de l'activité du pédiatre à l'hôpital de jour chirurgical

Comme cela a été dit précédemment, l'activité du pédiatre appelé au chevet d'un enfant opéré à l'hôpital de jour chirurgical permet de facturer un avis de médecin spécialiste, pour autant qu'un forfait « non-mini » soit justifié.

4.4 Caractère pédiatrique de l'HJ chirurgical

Comme énoncé dans la Charte de Leiden, les soins aux patients pédiatriques nécessitent des aménagements particuliers, y compris à l'hôpital de jour chirurgical pédiatrique. Or ceux-ci ne sont pas prévus dans la loi, ni financés. Faut-il adapter les normes actuelles de l'hôpital de jour chirurgical ? Ce serait possible en créant un encadrement spécifique pour les enfants et des normes architecturales prévoyant

une zone pédiatrique particulière. Le financement de l'HJ chirurgical devra permettre les adaptations rendues nécessaires par la prise en charge des enfants.