



Redesign van de
gezondheidszorgadministraties

Redesign des administrations
de soins de santé

Rapport de l'audit « Proof of concept »

Chirurgie bariatrique

Parcours de soins et données de séjours hospitaliers

Initiateur : Service Audit des Hôpitaux

Numéro de projet : A19-01-CHIRBAR

Version du : 12-02-2020

Personne de contact Audit des Hôpitaux : Nick De Swaef



Abstract

On observe, ces dernières années, dans notre société, une nette augmentation de l'obésité associée à de nombreux facteurs de comorbidités. En Belgique, il existe d'importantes variations au niveau des parcours de soins et pratiques de travail en chirurgie bariatrique.

Le service « Audit des Hôpitaux », dépendant d'une structure fédérale de co-gouvernance (AFMPS, INAMI et SPF SPSCAE), a étudié ce sujet dans le cadre du « proof of concept ». L'audit de la chirurgie bariatrique a comme objectifs généraux d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé au citoyen, et d'optimiser l'utilisation des moyens de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le service Audit a réalisé des analyses de données pour les 97 hôpitaux belges présentant des séjours hospitaliers de chirurgie bariatrique en 2016 (facturation d'un des 3 codes de nomenclature des prestations de santé (NPS) ('241780', '241824' ou '241846') et/ou séjours classés dans l'APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 (Procédures pour obésité) et/ou séjours avec un diagnostic principal (DP) issu de la catégorie E66 (Overweight and obesity) et classés dans un APR-DRG chirurgical). Les résultats globaux sont présentés dans divers graphiques et les hôpitaux peuvent se comparer sur base de certaines variables via une clé d'identification.

Le service Audit des Hôpitaux a audité 19 hôpitaux belges sélectionnés et a pu observer le processus général de prise en charge du patient obèse, mais aussi vérifier le respect de la NPS et des directives de codage RHM (résumé hospitalier minimum) et ce, au travers de l'analyse de 12 dossiers de patients sélectionnés de façon aléatoire dans un panel de séjour (date de sortie en 2016) ayant un DI-RHM (données infirmiers, résumé hospitalier minimum).

Certaines disparités sont observées au niveau du parcours de soins du patient obèse en chirurgie bariatrique : organisation des prises en charge pré- et postopératoires, type d'exams complémentaires et consultations pré- et postopératoires systématiquement réalisés, usage de pompes analgésiques et technique opératoire préférentiellement utilisée. L'analyse des séjours de chirurgie bariatrique présente, entre autres, le score moyen de 9 critères émanant de la nomenclature et des procédures de codage. La documentation d'un régime d'un an et l'organisation de la concertation bariatrique multidisciplinaire avec rapport signé et daté représentent les points les plus problématiques pour les institutions.

Le suivi des patients opérés au-delà de 2 ans après la chirurgie est rare selon les équipes de chirurgie bariatrique. Les obstacles à ce suivi à moyen et long terme sont d'ordre financier, organisationnel ou liés au manque de compliance des patients. La prise en charge d'un patient obèse en chirurgie bariatrique devrait s'inscrire dans un parcours de soins coordonné avec suivi pré- et postopératoire multidisciplinaire. Il serait donc important de cadrer les compétences et de mobiliser les ressources nécessaires pour l'ensemble de ce parcours de soins.



Table des matières

1	Introduction	7
2	Objectifs généraux	7
3	Objectifs spécifiques	8
4	Méthodologie.....	8
4.1	Phase préparatoire	9
4.1.1	Données fédérales couplées	9
4.1.2	Questionnaires et préparation de la visite d’audit	10
4.2	Phase observatoire	11
4.2.1	Etude du trajet de soins	11
4.2.2	Items infirmiers	12
4.2.3	Etude des 12 séjours de chirurgie bariatrique	12
4.3	Phase de suivi.....	12
4.3.1	Compte rendu personnalisé suite à la visite	12
4.3.2	Rapport global.....	12
5	Résultats.....	14
5.1	Résultats globaux	14
5.1.1	Répartition des séjours par code de nomenclature de chirurgie bariatrique attesté	14
5.1.2	Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par sexe.....	17
5.1.3	Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie de Body Mass Index.....	19
5.1.4	Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d’âge	22
5.1.5	Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par durée de séjour	24
5.1.6	Interactions de variables.....	26
5.1.7	Pourcentage des séjours avec pompe analgésique PCA, par hôpital	34
5.2	Résultats spécifiques aux audits	35
5.2.1	Trajet de soins	35
5.2.2	Dossiers audités	42
5.2.3	DPI selon certains critères BMUC	52
5.2.4	Items infirmiers	55
6	Synthèse de toutes les suggestions des hôpitaux audités.....	60
7	Autres observations relevées par le service audit	61



7.1	Réinterventions.....	61
7.2	Codes attestés et interventions effectivement réalisées	62
8	Discussion.....	64
8.1	Résultats globaux, trajet de soins et séjours audités.....	64
8.1.1	Bilan préopératoire	65
8.1.2	Information du patient.....	65
8.1.3	REGIME (item 18).....	66
8.1.4	CBM (item 19)	66
8.1.5	Techniques chirurgicales.....	67
8.1.6	Suivi postopératoire.....	68
8.1.7	REGISTRE (item 29)	69
8.1.8	PRINDIAG (item 07).....	70
8.1.9	BMI (item 08)	70
8.1.10	ICD-10-BE BMI (item 09)	70
8.1.11	PROTOCOLE EN ADÉQUATION AVEC LE CODE DE NOMENCLATURE (item 23)	71
8.1.12	PROC ICD-10-BE (item 24).....	72
8.1.13	LETTRE DE SORTIE (item 27)	73
8.2	DPI et items infirmiers	73
8.2.1	Critères BMUC.....	73
8.2.2	Items infirmiers	74
9	Conclusion.....	75
10	Annexes.....	78
11	Bibliographie	97



Table des figures

Figure 1: Répartition des séjours par code de nomenclature de chirurgie bariatrique attesté....	14
Figure 2: Liste partielle des autres codes de nomenclature attestés.....	15
Figure 3: Répartition des types intervention par hôpital.....	16
Figure 4: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par sexe.....	17
Figure 5: Répartition des séjours bariatriques selon le sexe, au sein de chaque hôpital.....	18
Figure 6: Nombre et pourcentage d'interventions de chirurgie bariatrique par catégorie de BMI.....	19
Figure 7: Nombre et pourcentage d'intervention de chirurgie bariatrique par catégorie de BMI et par hôpital.....	20
Figure 8: Pourcentage de séjours bariatriques sans codage ICD-10-BE du BMI par hôpital.....	21
Figure 9: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge.....	22
Figure 10: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge et par hôpital..	23
Figure 11: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par durée de séjour.....	24
Figure 12: Distribution des durées de séjour de chirurgie bariatrique par hôpital.....	25
Figure 13: Type d'intervention de chirurgie bariatrique par catégorie de BMI.....	26
Figure 14: Répartition des types d'intervention de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge....	27
Figure 15: Répartition homme-femme par type d'intervention de chirurgie bariatrique.....	28
Figure 16: Répartition homme-femme par catégorie de BMI.....	29
Figure 17: Répartition homme-femme par catégorie d'âge.....	30
Figure 18: Nombre de séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge et de BMI.....	31
Figure 19: Nombre de séjours selon le type d'intervention de chirurgie bariatrique et le type d'intervention.....	32
Figure 20: Répartition Durée de séjours de chirurgie bariatrique selon le type d'intervention par hôpital.....	33
Figure 21: Pourcentage de séjours de chirurgie bariatrique avec pompe analgésique PCA par hôpital.....	34
Figure 22: Item07 PRINDIAG.....	42
Figure 23: Item 08 BMI dossier.....	43
Figure 24: Item 09 BMI-ICD-BE.....	44
Figure 25: Item 18 Régime.....	45
Figure 26: Item 19 Concertation bariatrique multidisciplinaire.....	46
Figure 27: Item 20 Echographie abdominale.....	46
Figure 28: Item 21 Endoscopie.....	47
Figure 29: Item 23 Protocole en adéquation avec le code de nomenclature.....	48
Figure 30: Item24 Code de procédure ICD-10-PCS.....	49
Figure 31: Item26 Pompe analgésique PCA.....	50



Figure 32: Item 27 Lettre de sortie..... 50
 Figure 33: Item 29 Registre..... 51
 Figure 34: Comparaison du niveau d'identification unique entre l'enquête SPF et la situation
 auditée. 53
 Figure 35: Comparaison de la population de prescription électronique selon l'enquête SPF et la
 situation auditée. 54
 Figure 36: Comparaison du niveau de communication HUB selon l'enquête et la situation
 auditée. 55
 Figure 37: Répartition des réinterventions. 62
 Figure 38: Score le plus bas, moyen et le plus élevée de tous les séjours audités pour 9 items. .. 64

Table des annexes

Annexe 1: Questionnaire trajet de soins 78
 Annexe 2: Questionnaire avec 29 items pour analyse des dossiers séjours. 79
 Annexe 3: Questionnaire BMUC et items infirmiers. 80
 Annexe 4: Courrier générale audit des hôpitaux. 83
 Annexe 5: Courrier annonce hôpitaux sélectionnés pour l'audit chirurgie bariatrique. 87
 Annexe 6: Check-list audit chirurgie bariatrique..... 90
 Annexe 7: Planning audit chirurgie bariatrique..... 93
 Annexe 8: Autres codes de nomenclature facturés dans le cadre de séjours classés dans un APR-
 DRG 403 et/ou dont le diagnostic principal est issu de la catégorie E66 et classés dans un APR-
 DRG chirurgical. 94



Abréviations

ADH	Séjours en Hospitalisation de jour
AFMPS	Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé
AINS	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
APR-DRG	All Patient Refined-Diagnosis Related Groups
BMF	Budget des Moyens Financiers
BMI	Body Mass Index
BMUC	Belgian Meaningful Use Criteria
CBM	Concertation Bariatrique Multidisciplinaire
CI	Contre Indication
DAV	Diagnostic d'Admission Vérifié
DI-RHM	Données Infirmières-Résumé Hospitalier Minimum
DM-RHM	Données Médicales-Résumé Hospitalier Minimum
DP	Diagnostic Principal
DPI	Dossier Patient Informatisé
ECG	Electrocardiogramme
EFR	Epreuve Fonctionnelle Respiratoire
EN	Echelle Numérique
EVA	Echelle Visuelle Analogique
HB	Helicobacter Pylori
HGPO	Hyper Glycémie Provoquée par voie Orale
HH	Hernie Hiatale
ICD-10-BE	International Classification of Diseases-10 th Revision- Belgium
ICD-10-PCS	International Classification of Diseases-10 th Revision-Procedure Coding-System
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
INVR	Index of Nausea Vomiting and Retching
IV	Intra Veineux
NPS	Nomenclature des Prestations de Santé
OED	Œsophage-Estomac-Duodénum
PCA	Patient Controlled Analgesia
POC	Proof Of Concept
RAAC	Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie
RGO	Reflux Gastro Œsophagien
RHM	Résumé Hospitalier Minimum
RSS	Règlement Soins de Santé
SADI	Single Anastomosis Duodéno Iléal
SECM	Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux
SHA	Séjours Hospitaliers Anonymes
SPF SPSCAE	Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement
SPOC	Single Point Of Contact



1 Introduction

Dans le cadre du 'redesign' des services publics, le gouvernement a créé un certain nombre de passerelles entre les services fédéraux de santé, dont le service « Audit des Hôpitaux », fruit d'une coopération entre le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE), l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) et l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

L'audit des hôpitaux est défini comme un domaine prioritaire dont le principe est défini dans le plan d'action en matière des soins de santé 2018-2020. Il est axé sur l'utilisation efficace des ressources financières dans le secteur des soins de santé.

L'objectif de la collaboration entre les services fédéraux est d'une part, d'améliorer la qualité des services en augmentant la transparence et la simplicité de la supervision des hôpitaux par les différentes autorités et d'autre part, d'améliorer l'efficacité et l'efficacités de la supervision d'un processus de soins dans son ensemble. Dans ce contexte, tous les aspects de la supervision des trois institutions fédérales sont étudiés lors d'une seule visite d'audit et ce, afin de rendre la supervision plus efficace, simple et transparente.

L'audit des hôpitaux est dans une phase « proof of concept » (POC). Sa méthodologie est au stade expérimental, le but étant d'en démontrer la faisabilité et de l'adapter si nécessaire.

2 Objectifs généraux

L'objectif du service « Audit des hôpitaux » est d'une part de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins en utilisant de façon optimale les ressources disponibles et d'autre part, de vérifier la conformité avec la réglementation en vigueur.

Dans ce cadre, sont évalués le processus général de travail et le respect de la nomenclature des prestations de santé (NPS), des normes et des directives de codage RHM (résumé hospitalier minimum) et ce, au travers de dossiers de patients sélectionnés. Ainsi, l'ensemble du processus global de soins (médical, infirmier, pharmacie) peut être examiné. Les points forts de l'institution peuvent donc être ainsi mis en évidence de même que les points auxquels elle devrait être attentive.

Les audits des hôpitaux invitent à des projets d'amélioration au niveau des hôpitaux et des prestataires de soins, en mettant l'accent sur la communication, le feedback et le monitoring. L'analyse anonymisée de type benchmarking devrait permettre également aux institutions de se positionner les unes par rapport aux autres en termes de pratiques de travail.



3 Objectifs spécifiques

Le premier thème d'audit thématique concerne la chirurgie bariatrique.

Une nette augmentation de l'obésité associée à de nombreux facteurs de comorbidité est observée ces dernières années dans notre société. Ceci engendre des coûts financiers importants pour la sécurité sociale. Le traitement chirurgical est un des traitements possibles de l'obésité dont le prix ainsi que le coût des éventuelles complications per et postopératoires doivent être pris en compte.

Ce type de chirurgie est soumis à un certain nombre de critères selon les directives internationales et selon la nomenclature des prestations de santé.

L'objectif de cet audit est d'une part, de mettre en évidence les différents aspects du trajet de soins du patient obèse pris en charge en chirurgie bariatrique et d'autre part, d'évaluer le respect des règles NPS (nomenclature des prestations de santé) et du codage RHM (résumé hospitalier minimum) au travers de dossiers de patients sélectionnés pour l'année 2016. Une analyse de type benchmarking des données couplées permet aux institutions de comparer leurs pratiques de travail.

La législation applicable en 2016 en rapport avec l'audit de chirurgie bariatrique est référencée :

- Au manuel de codage ICD-10-BE en vigueur depuis le 01/01/2015, utilisé pour enregistrer les Données Médicales du Résumé Hospitalier Minimum (DM-RHM),
- Au manuel de codage des Données Infirmières du RHM (DI-RHM) version officielle 1.6, janvier 2011,
- A la Nomenclature des Prestations de Santé (NPS annexe à l'AR du 14/09/1984) consultable sur le site de l'INAMI, et particulièrement l'art. 14d,
- Au Règlement Soins de Santé (RSS du 28/07/2003), art. 22bis et ter (notification et enregistrement d'une chirurgie bariatrique),
- Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10/07/2008.

4 Méthodologie

La méthodologie de cette session d'audit de chirurgie bariatrique comprend trois phases :

- Phase préparatoire basée sur :
 - L'analyse des données fédérales couplées,
 - L'élaboration de questionnaires destinés à étudier le trajet de soins, les séjours de chirurgie bariatrique, certains items infirmiers propres à la chirurgie bariatrique et le BMUC (Belgian Meaning for Use Criteria),
 - La préparation organisationnelle de la visite d'audit.



- Phase observatoire dans les institutions auditées reposant sur l'étude du trajet de soins du patient obèse pris en charge en chirurgie bariatrique, sur la vérification du respect de la nomenclature, des normes et des procédures de codage DM-RHM et DI-RHM.
- Phase de suivi comprenant :
 - La réalisation d'un compte rendu, personnalisé et contradictoire, des observations relevées lors de la visite et destiné à chaque institution auditée ;
 - La réalisation d'un rapport global anonymisé basé sur l'analyse des données et destiné à l'ensemble des institutions auditées ou non avec octroi d'une clé d'identification transmise à chaque institution auditée afin que chacune puisse se positionner par rapport aux autres institutions ;
 - Signalons qu'au-delà de la phase POC (Proof Of Concept), pour des sessions ultérieures d'audit, des rapports personnalisés et contradictoires avec, si nécessaire, projets d'amélioration seront transmis aux hôpitaux audités.

4.1 Phase préparatoire

4.1.1 Données fédérales couplées

La cellule technique de l'INAMI (<https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/>) collecte les données du « Résumé Hospitalier Minimum » (RHM) provenant du Service Public Fédéral Santé Publique et les données de facturation provenant des « Séjours Hospitaliers Anonymes » (SHA) et « Séjours en Hospitalisation de jour » (ADH) transmis par les organismes assureurs.

Les séjours de chirurgie bariatrique, hormis les séjours en hospitalisation de jour, avec date de sortie en 2016, ont été sélectionnés à partir de ces données fédérales couplées selon les critères suivants :

- ❖ Présence dans la facturation d'un des 3 codes de nomenclature :
 - 241780 : « Gastroplastie de réduction (Mason, Sleeve) (pour le traitement de l'obésité) »
 - 241824 : « Gastroplastie de réduction par placement d'un anneau gastrique adaptable ("gastric banding") (pour le traitement de l'obésité) »
 - 241846 : « Gastroplastie de réduction associée à une dérivation bilio-pancréatique ou gastro-jéjunale (Scopinaro, bypass gastrique, switch duodéal) (pour le traitement de l'obésité) » et/ou
- ❖ Séjours classés dans l'APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 (Procédures pour obésité) et/ou
- ❖ Séjours avec un diagnostic principal (DP) issu de la catégorie E66 (Overweight and obesity) et classés dans un APR-DRG chirurgical

Nonante-sept hôpitaux sur les 101 hôpitaux belges présentant des séjours de chirurgie bariatrique répondant à ces critères ont été classés par ordre décroissant, en fonction du nombre de séjours hospitaliers. Les 30 premiers hôpitaux présentant le plus grand nombre de séjours relatifs à la chirurgie bariatrique ont été sélectionnés.



Parmi ces 30 hôpitaux et de façon aléatoire, 19 hôpitaux ont été sélectionnés pour l'audit sur le terrain. En estimant le temps nécessaire à l'analyse d'un dossier, 12 séjours de chirurgie bariatrique avec DI-RHM ont été sélectionnés de façon aléatoire au sein de chaque hôpital.

Les hôpitaux dont un prestataire est concerné par une enquête de contrôle individuelle ou thématique SECM (Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux) au niveau fédéral, relatif à la chirurgie bariatrique, ont été exclus de la sélection.

4.1.2 Questionnaires et préparation de la visite d'audit

4.1.2.1 TRAJET DE SOINS

Un questionnaire a été élaboré de façon à mettre en évidence les différents aspects du trajet de soins du patient obèse pris en charge en chirurgie bariatrique. Les items de ce questionnaire sont issus d'une réflexion suite à l'étude de la littérature axée sur les recommandations et la nomenclature en chirurgie bariatrique. Il est subdivisé en 4 parties pour les différentes phases : préopératoire, opératoire, postopératoire hospitalière et postopératoire extrahospitalière (cf. annexe 1).

4.1.2.2 SÉJOURS DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

Chaque séjour de chirurgie bariatrique a été évalué à l'aide d'un questionnaire (cf. annexe 2) dont les items émanent des règles relatives à :

- Nomenclature des prestations de santé (annexe à l'AR du 14/09/1984, particulièrement l'art. 14d,
- Règlement Soins de Santé (RSS du 28/07/2003), art. 22bis et ter (notification et enregistrement d'une chirurgie bariatrique)
- Codage ICD-10-BE (Manuel de codage ICD-10 en vigueur depuis le 01/01/2015, utilisé pour enregistrer les Données Médicales du Résumé Hospitalier Minimum (DM-RHM))
- Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10/07/2008.

La liste des items à examiner dans les dossiers de patients et les numéros de séjour ont été envoyés par mail à l'institution respectivement 2 semaines et 2 jours ouvrables avant la visite d'audit.

4.1.2.3 QUESTIONNAIRE BMUC ET ITEMS INFIRMIERS

Un questionnaire relatif à certains critères BMUC et à différents items infirmiers propres à la chirurgie bariatrique a également été transmis à l'institution deux semaines avant la visite d'audit (cf. annexe 3). Les questions relatives aux critères BMUC se focalisent sur certains aspects du Dossier Patient Informatisé en référence au plan e-Health¹ relatif à la « Mise en œuvre d'un Dossier Patient Informatisé dans les Hôpitaux belges »

¹ https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwwToiwBkf13?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid_final.pdf – plan d'action e-Santé 2019-2021 signé le 28/01/2019, prolongation du plan e-Health 2013-2018.



Les questions propres aux items infirmiers émanent des règles relatives au Codage des Données Infirmières du RHM (DI-RHM), version officielle 1.6, janvier 2011.

Il a été demandé à l'institution d'envoyer les réponses par mail avant la visite de façon à confronter leurs réponses avec les dossiers audités.

Une analyse préalable comparative de l'enregistrement au niveau national a été réalisée par institution où un audit par l'auditeur infirmier était prévu.

4.1.2.4 PRÉPARATION DE LA VISITE

Un courrier annonçant l'audit sur le thème de la chirurgie bariatrique en Belgique a été envoyé par mail et par courrier à chaque institution pratiquant la chirurgie bariatrique (cf. annexe 4). Celui-ci informait les hôpitaux des objectifs généraux et spécifiques du projet et de sa méthodologie.

Les documents suivants ont été transmis par mail, aux institutions quelques semaines avant la visite :

- Un courrier annonçant la visite, à l'attention de chaque directeur général des institutions sélectionnées (cf. annexe 5). Ce courrier renseignait l'institution sur les objectifs généraux et spécifiques du projet, la méthode de sélection des institutions et des séjours de chirurgie bariatrique et les modalités pratiques de la visite d'audit. Au sein de l'institution, un interlocuteur devait être désigné afin de coordonner le bon déroulement de la visite d'audit (SPOC, single point of contact).
- Une check-list à compléter reprenant les informations générales relatives au service de chirurgie bariatrique et les coordonnées des personnes concernées et ce, en vue de faciliter la communication entre l'équipe d'auditeurs et l'hôpital (cf. annexe 6). Cette check-list devait être renvoyée à l'équipe d'audit ainsi que, comme y demandé, toute documentation disponible pouvant contribuer à la préparation de l'audit sur place (ex. procédures disponibles, fiches d'informations, recommandations de bonne pratique utilisées, ...).
- Le planning de la journée d'audit de chirurgie bariatrique destiné au SPOC (cf. annexe 7).

4.2 Phase observatoire

4.2.1 Etude du trajet de soins

L'équipe du service audit des hôpitaux a pu rencontrer les équipes de chirurgie bariatrique. Les différents prestataires intervenant dans le trajet de soins du patient obèse pris en charge en chirurgie bariatrique (chirurgiens, personnels soignants, service diététique, psychologues, secrétaires, ...) ont répondu aux questions des auditeurs relatives à ce trajet. Ceci a permis de mettre en évidence les différents aspects du trajet de soins du patient obèse.

Certaines institutions ont remis aux auditeurs, lors de la visite, des documents supplémentaires afin d'illustrer leurs réponses aux questions sur ce trajet de soins.

Les suggestions et réflexions émises par les équipes auditées ont aussi été relevées par l'équipe d'auditeurs (cf. point 6: Synthèse de toutes les suggestions des hôpitaux audités).



4.2.2 Items infirmiers

Les institutions auditées en présence d'un auditeur infirmier ont répondu au questionnaire concernant les items infirmiers pouvant être scorés dans le cadre de la chirurgie bariatrique en référence à la situation actuelle, de manière à pouvoir mettre en évidence les améliorations effectuées à la lumière des dossiers auditées pour l'année de référence 2016.

Aucun recodage de dossiers n'a été effectué mais certaines observations ont permis d'identifier quelques erreurs d'interprétation des règles de codage de certains items. Des indications complémentaires ont été réalisées en vue d'améliorer la qualité du codage selon les règles propres à celui-ci.

4.2.3 Etude des 12 séjours de chirurgie bariatrique

Les séjours de chirurgie bariatrique sont étudiés en présence du responsable RHM et le plus souvent du chirurgien et du directeur médical. L'objectif de cette étude est de vérifier la concordance entre les éléments du dossier, le respect des règles de la nomenclature des prestations de santé, le codage RHM mais également de visualiser, à travers le dossier, le trajet de soins du patient pris en charge en chirurgie bariatrique, tel que décrit par l'équipe de chirurgie bariatrique lors de l'étude de ce trajet.

Pour les 12 séjours sélectionnés, 29 éléments d'appréciation, présents dans le questionnaire décrit ci-dessus, sont audités par la visualisation des différents rapports présents dans les dossiers des patients.

4.3 Phase de suivi

4.3.1 Compte rendu personnalisé suite à la visite

Les 19 institutions auditées reçoivent un compte rendu personnalisé des constatations effectuées lors de la visite. Ce compte rendu reprend :

- Les informations sur le trajet de soins du patient obèse ;
- Les suggestions éventuelles émises par l'institution ;
- L'analyse du questionnaire DPI ;
- L'analyse du questionnaire items infirmiers ;
- Les observations relatives à l'analyse des dossiers sélectionnés.

Ce compte rendu est accompagné d'un feedback des données DI-RHM relatives à la chirurgie bariatrique (année d'enregistrement 2016).

Les hôpitaux sont invités à formuler leurs éventuelles remarques endéans les 14 jours suivant la réception du compte rendu. En cas de réponse, un nouveau compte rendu intégrant leurs remarques leur est transmis.

4.3.2 Rapport global

La réalisation du rapport global anonymisé, basé sur l'analyse de l'ensemble des données et constats, est destiné à l'ensemble des hôpitaux.



Les résultats globaux sont issus de l'analyse des données fédérales couplées. Ils portent sur les 97 hôpitaux belges présentant des séjours hospitaliers qui répondent aux critères de sélections définis ci-dessus. Ces hôpitaux reçoivent une clé d'identification afin de pouvoir se positionner les uns par rapport aux autres.

Les résultats relatifs au trajet de soins émanent de l'analyse des informations reçues lors des audits des 19 hôpitaux sélectionnés. Le nombre d'hôpitaux répondants peut varier d'un item à l'autre en fonction du nombre d'hôpitaux pour lesquels une réponse a été obtenue pour cet item.

Les résultats propres à l'analyse des 12 séjours des hôpitaux audités sont présentés par item et par hôpital. Il s'agit des items issus des critères de remboursement de la chirurgie bariatrique et des règles de codage. Un score, représentant la moyenne des notes des séjours de chirurgie bariatrique, est attribué à chaque hôpital. Signalons que les séjours hospitaliers ne correspondant pas à la chirurgie bariatrique ne sont pas pris en compte dans le scorage.

Les scores moyens de l'ensemble des séjours audités sont repris dans un graphique radar (cf. Discussion point 8).



5 Résultats

5.1 Résultats globaux

La sélection des séjours de chirurgie bariatrique est réalisée à partir des données fédérales couplées des 97 hôpitaux belges selon la méthodologie explicitée ci-dessus, ce qui représente 15278 séjours. Les résultats anonymisés de l'analyse de ces données sont présentés de manière globale ainsi que par hôpital.

5.1.1 Répartition des séjours par code de nomenclature de chirurgie bariatrique attesté

Le bypass représente l'intervention de chirurgie bariatrique la plus fréquente en 2016 (8979 interventions, soit 59 % des séjours) suivi par la sleeve (4830 interventions, soit 32% des séjours) et le banding (360 interventions, soit 2% des séjours). L'attestation d'autres codes de nomenclature représente 7% des séjours (fig.1).

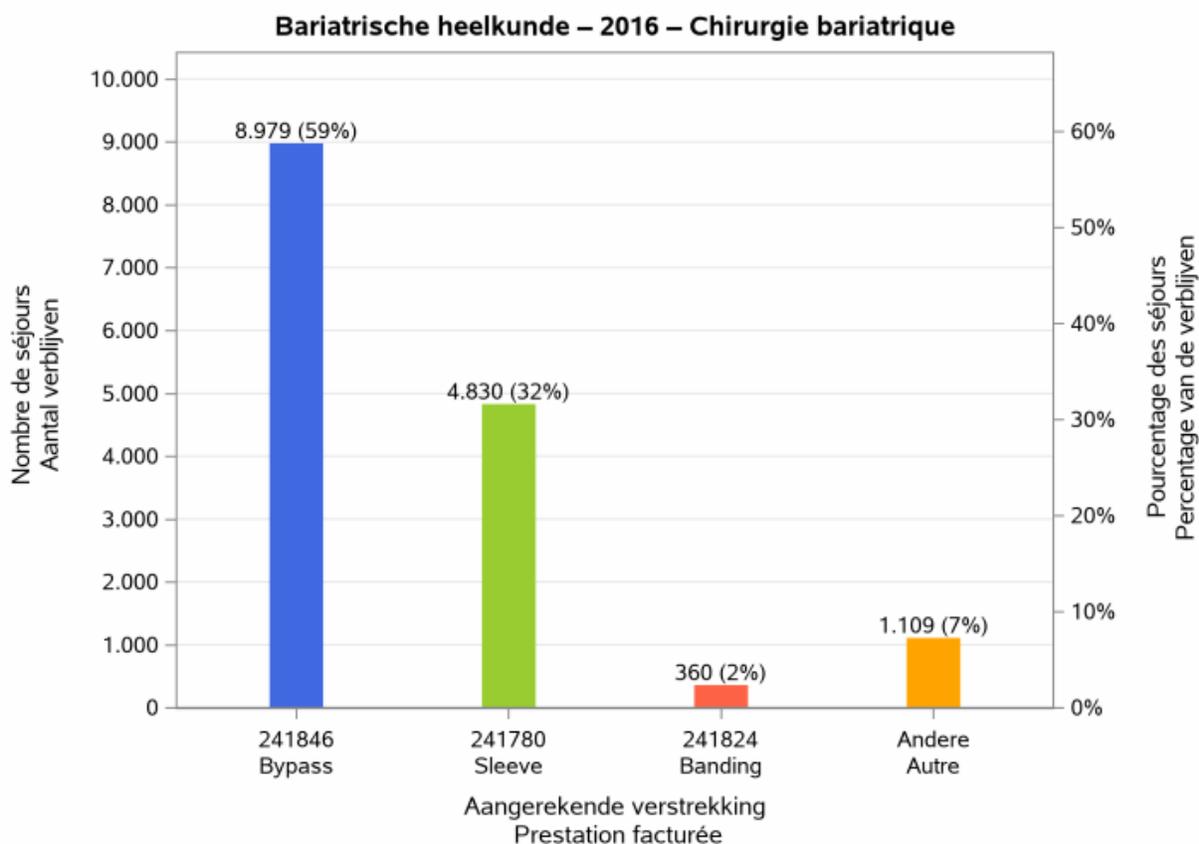


Figure 1: Répartition des séjours par code de nomenclature de chirurgie barietrische attesté

Les autres codes de nomenclature attestés représentant au moins 1% de ceux-ci sont repris en partie dans le tableau ci-dessous (fig.2). Rappelons qu'il s'agit des codes facturés dans le cadre de séjours classés dans un APR-DRG 403 et/ou dont le diagnostic principal est issu de la catégorie E66 et classés dans un APR-DRG chirurgical. Les codes de nomenclature mentionnés dans le tableau correspondent à la prestation la plus



chère du séjour remboursée par l'organisme assureur. Le code 241043 « Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale » est attesté dans 25% des cas. La liste complète de ces 90 codes est reprise en annexe n°8.

Nombre et intitulés des autres codes de nomenclature attestés		
Codes de nomenclature	Libellé court	Nbr
241043	Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale	279
588302	Examen anatomo-pathologique par inclusion et coupe	85
473060	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	84
241463	Gastrectomie totale avec anastomose oesophago-jéjunale ou gastrectomie subtotale avec restauration du transit, par interposition d'un segment intestinal	75
200104	Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation(catégories ≤ à K 390, N 650 ou I 750 et > à K 300, N 500 ou I 600)	71
243246	Résection segmentaire du grêle	47
241544	Résection de l'estomac ou gastroplastie de réduction sans interruption de la continuité	41
202344	Honoraires forfaitaires pour pompe à analgésie	32
241485	Gastrectomie subtotale	30
243644	Laparotomie exploratrice	28
241566	Dégastro-gastrectomie	28
243342	Intervention pour obstruction intestinale	25
241286	Exérèse de tablier graisseux avec plastie cutanée et transposition du nombril	20
451441	Radiographie de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum	19
243283	Entéro-anastomose	19
460784	Imagerie médicale honoraire forfaitaire d'imagerie médicale par admission	19
350523	Laparoscopie sans prélèvement biopsique, y compris le pneumopéritoine	15
242465	Cholécystectomie	14
200200	Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation (catégories ≤ à K 240, N 400 ou I 450 et > à K 180, N 300 ou I 350)	14
591080	Honoraires forfaitaires, payables par admission hospitalière, dans un hôpital général	14

Figure 2: Liste partielle des autres codes de nomenclature attestés

L'analyse des données par hôpital (fig. n°3) montre que les hôpitaux ont leur technique de préférence, essentiellement bypass ou sleeve. Un seul hôpital pratique préférentiellement le banding et compte près de 60% de séjours concernés par cette technique.



L'attestation d'autres codes de nomenclature que les 3 codes attestables pour les interventions de chirurgie bariatrique est typique d'un hôpital (près de 70% des codes attestés dans le cadre de l'APR-DRG 403).

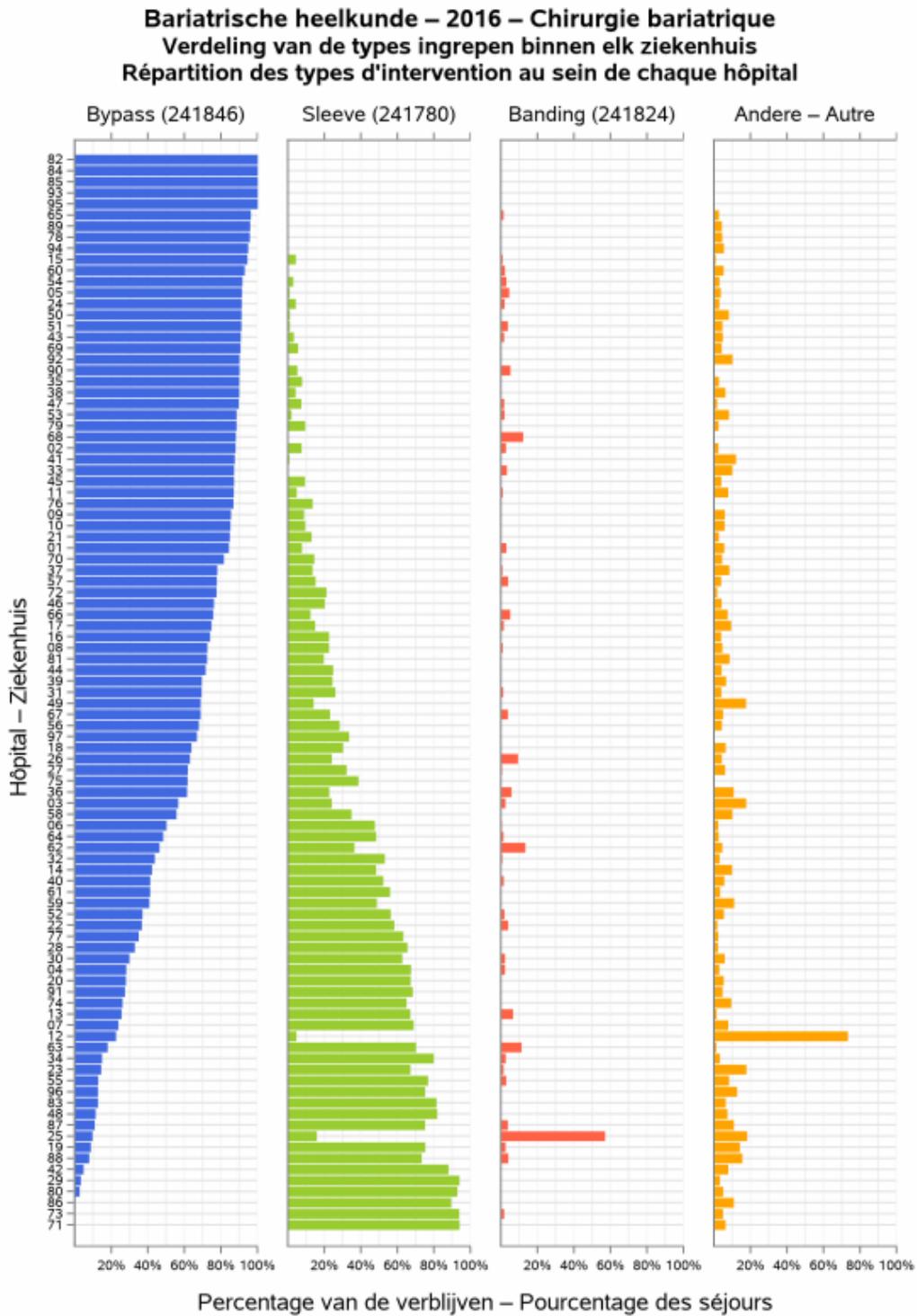


Figure 3: Répartition des types intervention par hôpital



5.1.2 Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par sexe

L'analyse de la répartition des séjours de chirurgie bariatrique par sexe (fig. n°4) montre que les femmes sont plus nombreuses à subir ce type d'intervention que les hommes, respectivement, 72% et 28%.

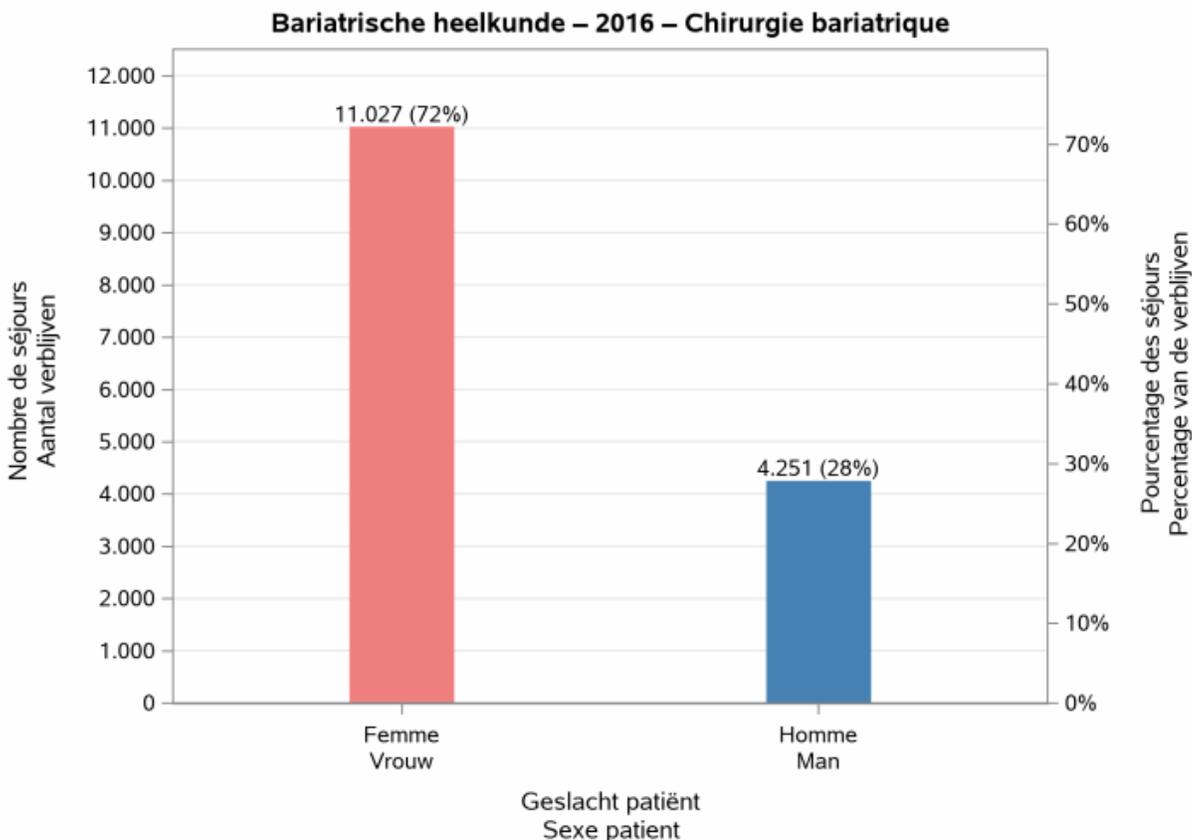


Figure 4: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par sexe

Les résultats par hôpital, présentés dans le graphique (fig.5), confirme cette tendance mais dans des proportions différentes, variant d'une répartition de ce type d'intervention égale entre les 2 sexes à une majorité de femmes, soit un peu plus de 90%.



Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Verdeling man-vrouw binnen elk ziekenhuis
Répartition homme-femme au sein de chaque hôpital

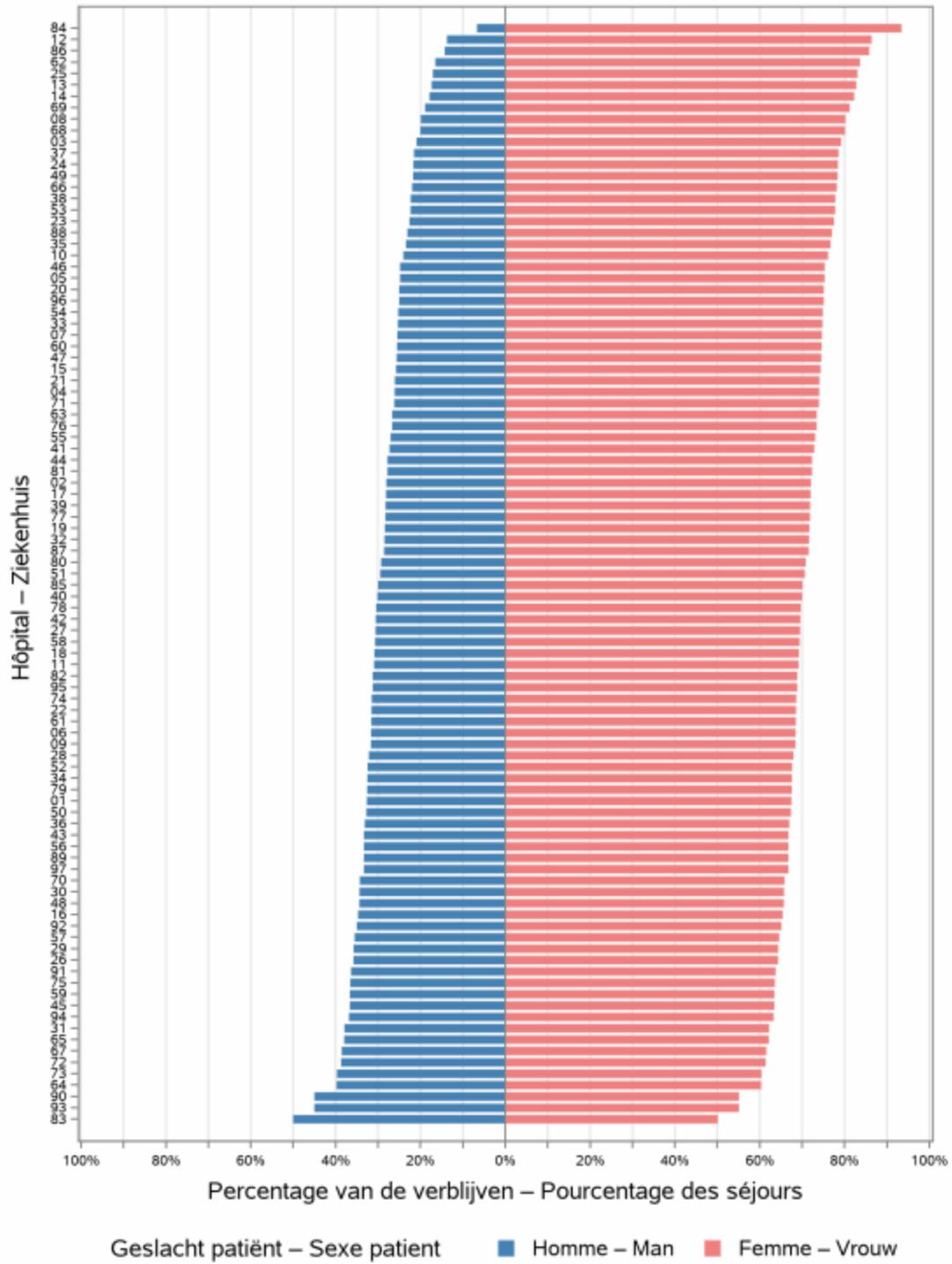


Figure 5: Répartition des séjours bariatriques selon le sexe, au sein de chaque hôpital.



5.1.3 Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie de Body Mass Index

Les nombre et pourcentage d'interventions de chirurgie bariatrique par catégorie de Body Mass Index (BMI) codés sont présentés dans le graphique ci-dessous (fig. 6). A noter que selon la règle de codage, le BMI « pédiatrique » doit être utilisé pour les patients de 2 à 20 ans. Une intervention bariatrique est remboursable à partir de 18 ans.

Septante-cinq pourcents des interventions bariatriques sont réalisées chez des patients dont le BMI est compris entre 40 et 44,9 (6850 interventions, soit 45%), et entre 35 et 39,9 (4611 interventions, soit 30%). Signalons que 17% des patients ayant subi une intervention bariatrique ont un BMI égal ou supérieur à 45. Enfin le BMI n'est pas codé dans 3% des cas.

Le nombre élevé d'interventions (30%) quand le BMI est compris entre 35 et 40 suppose la présence de comorbidités (diabète, hypertension, syndrome d'apnées du sommeil) ou une situation de réintervention.

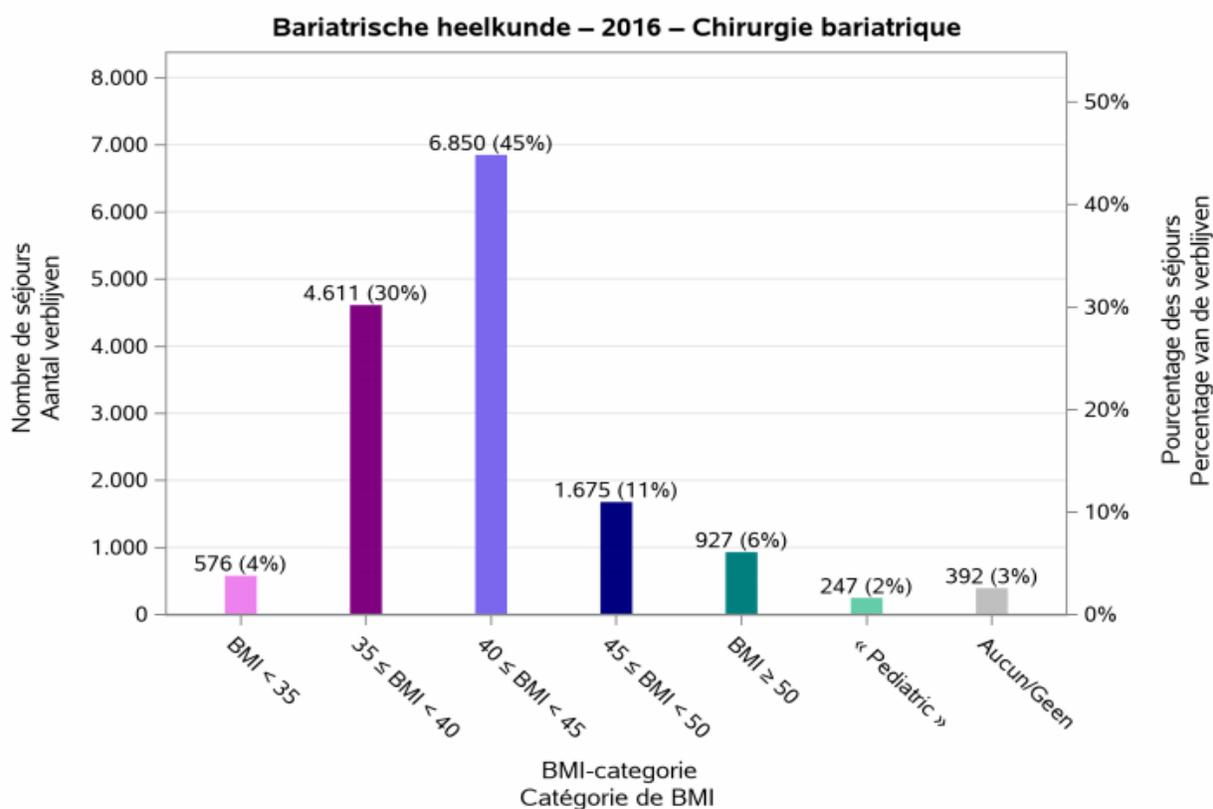


Figure 6: Nombre et pourcentage d'interventions de chirurgie bariatrique par catégorie de BMI

Ces résultats (fig.7) présentés par hôpital montrent la même tendance générale, la catégorie de patients avec BMI compris entre 40 et 44,9 étant la plus représentée. Cependant, la répartition est assez inégale d'une institution à l'autre. Certaines présentent notamment un pourcentage élevé de séjours avec catégories de BMI ≥ 35 et < 40 . Une autre se distingue par un pourcentage avoisinant les 50% de patients dont le BMI est inférieur à 35.



Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatrique

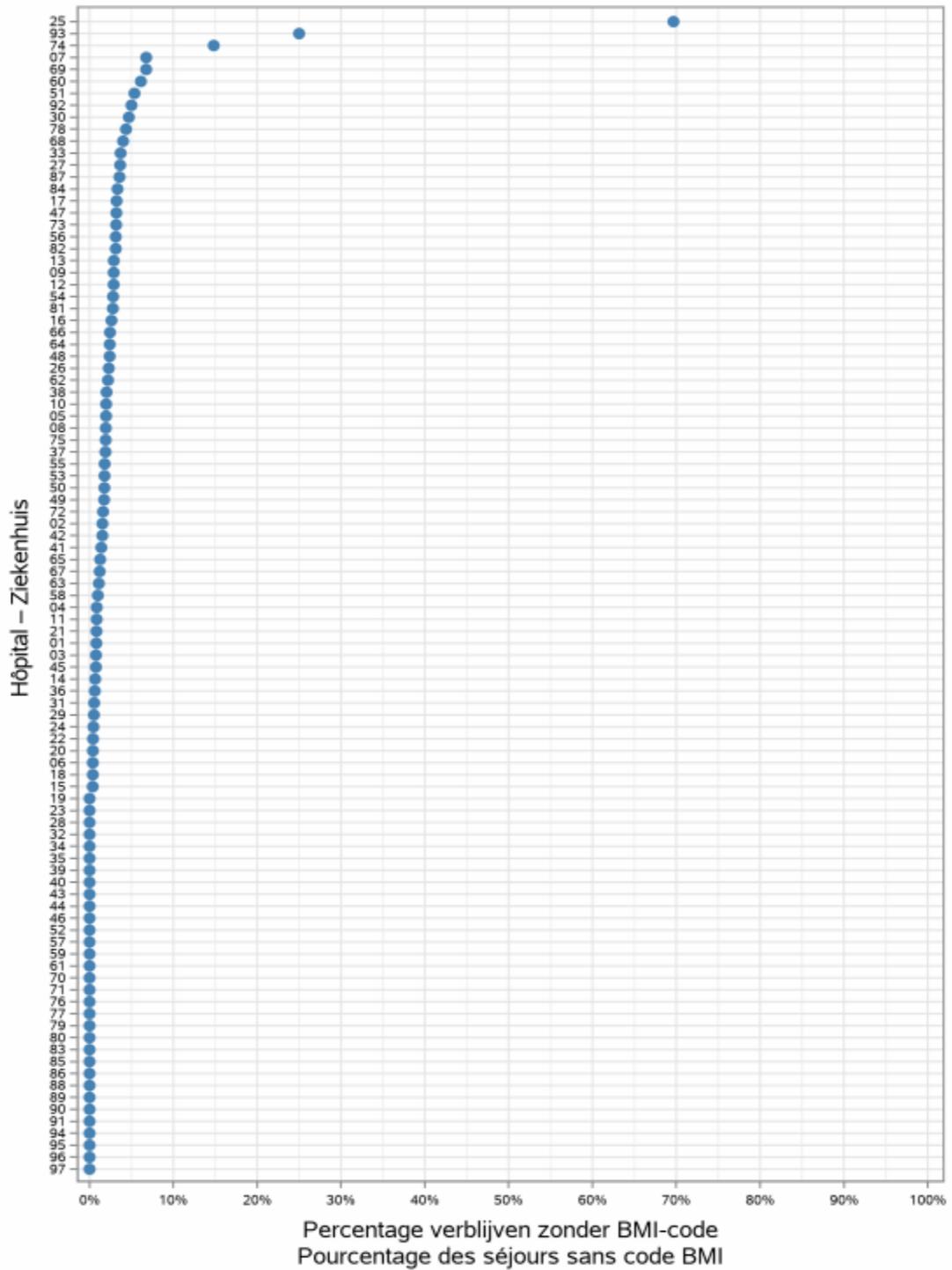


Figure 8: Pourcentage de séjours bariatriques sans codage ICD-10-BE du BMI par hôpital.



5.1.4 Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge

Les catégories d'âge 40-49 et 30-39 ans sont les plus représentées au sein des patients ayant subi une intervention bariatrique, soit respectivement 27% et 23% (fig.9). Vingt et un pourcents d'entre eux ont entre 18 et 29 ans et près de 9% ont plus de 60 ans.

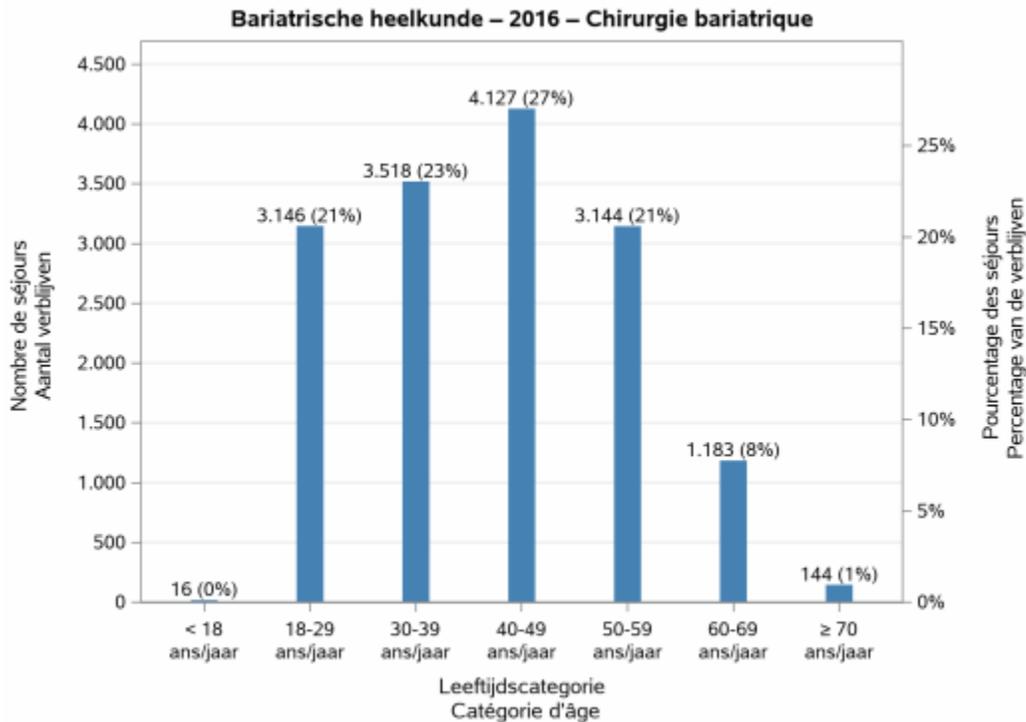


Figure 9: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge.

La distribution de l'âge des patients hospitalisés pour une intervention de chirurgie bariatrique est semblable dans tous les hôpitaux, avec un âge médian le plus souvent compris entre 40 ans et 45 ans (fig. 10).



Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatricque
Verdeling van de patiëntleeftijden binnen elk ziekenhuis
Distribution des âges des patients au sein de chaque hôpital

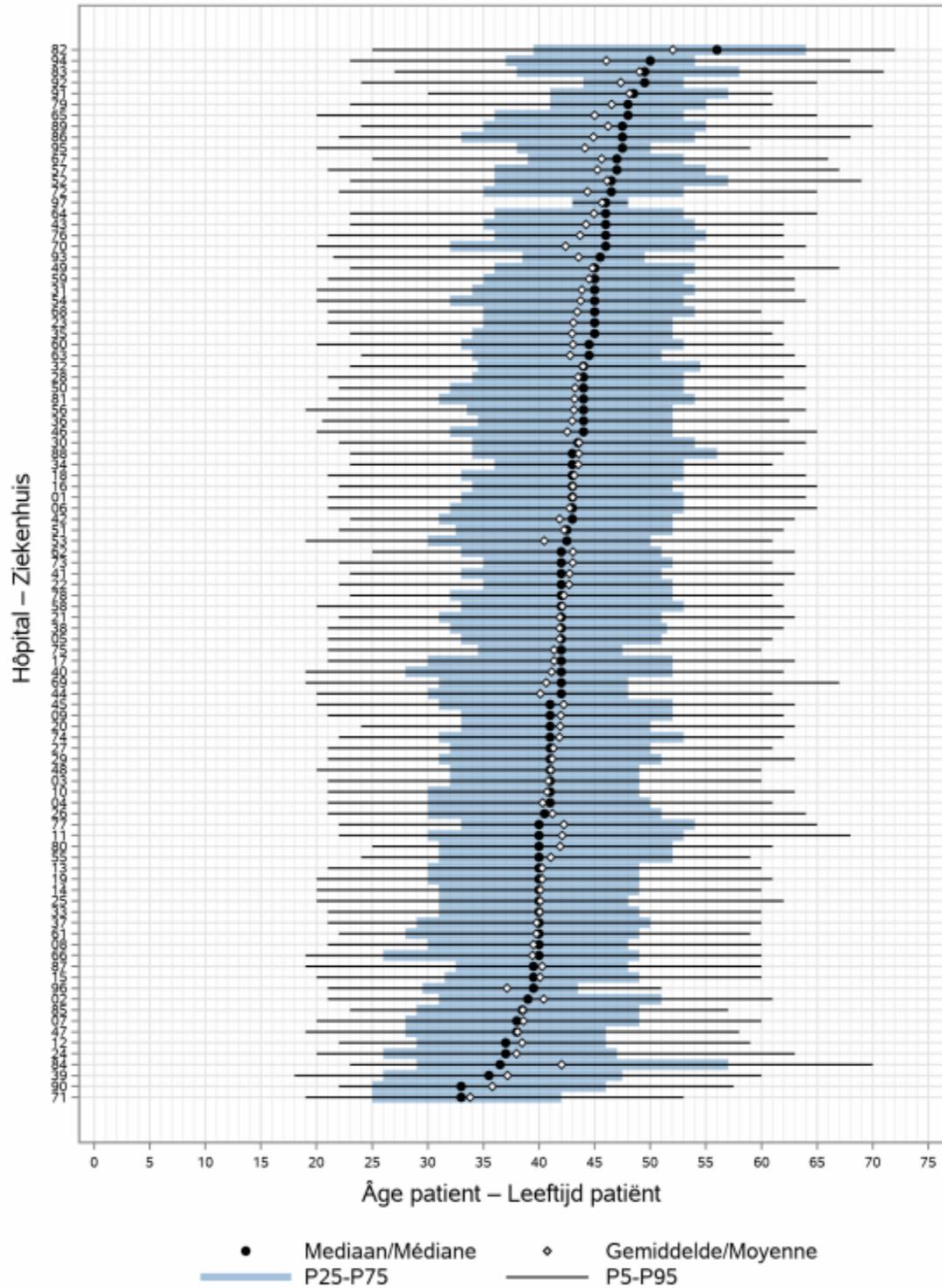


Figure 10: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge et par hôpital.



5.1.5 Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par durée de séjour

La majorité des patients admis pour une intervention de chirurgie bariatrique en 2016 passent de 2 à 3 nuits à l'hôpital, ce qui représente un peu plus de 70% des interventions bariatriques. Respectivement 7,4% et 12,4% des interventions bariatriques impliquent des séjours dont la durée est de 1 et 4 nuits et 9,3% d'entre elles un séjour dont la durée est supérieure à 4 nuits (fig. 11).

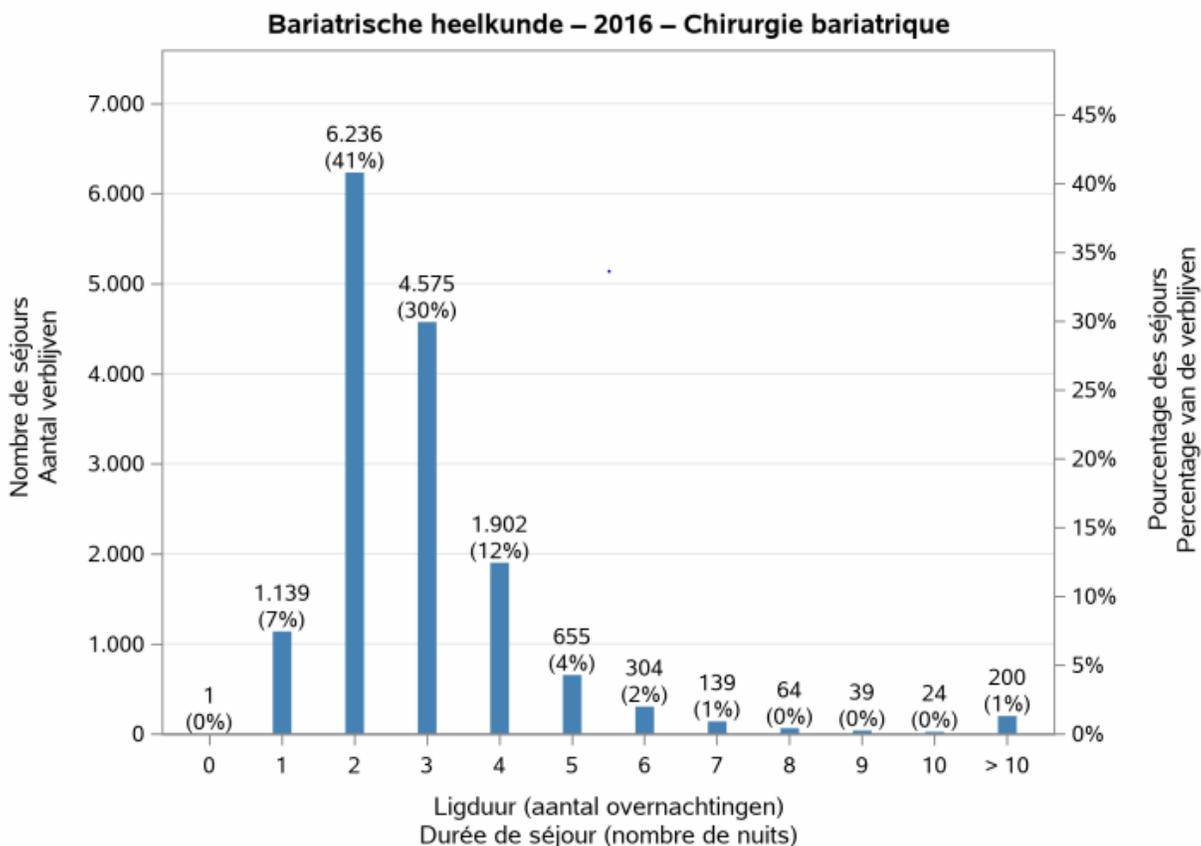


Figure 11: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par durée de séjour.

La dispersion des durées de séjour par hôpital est présentée dans la figure 12. Dans la majorité des cas, la médiane de séjour est 2 ou 3 nuits. Quatre pourcents des institutions présentent une médiane correspondant à une durée de séjour d'une nuit et 5% d'entre elles, une durée de séjour de 5 et 6 nuits. La moyenne est supérieure à la médiane en raison de durées de séjour plus longues.



Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Verdeling van de ligduur (aantal nachten) binnen elk ziekenhuis
Distribution des durées de séjour (nombre de nuits) au sein de chaque hôpital

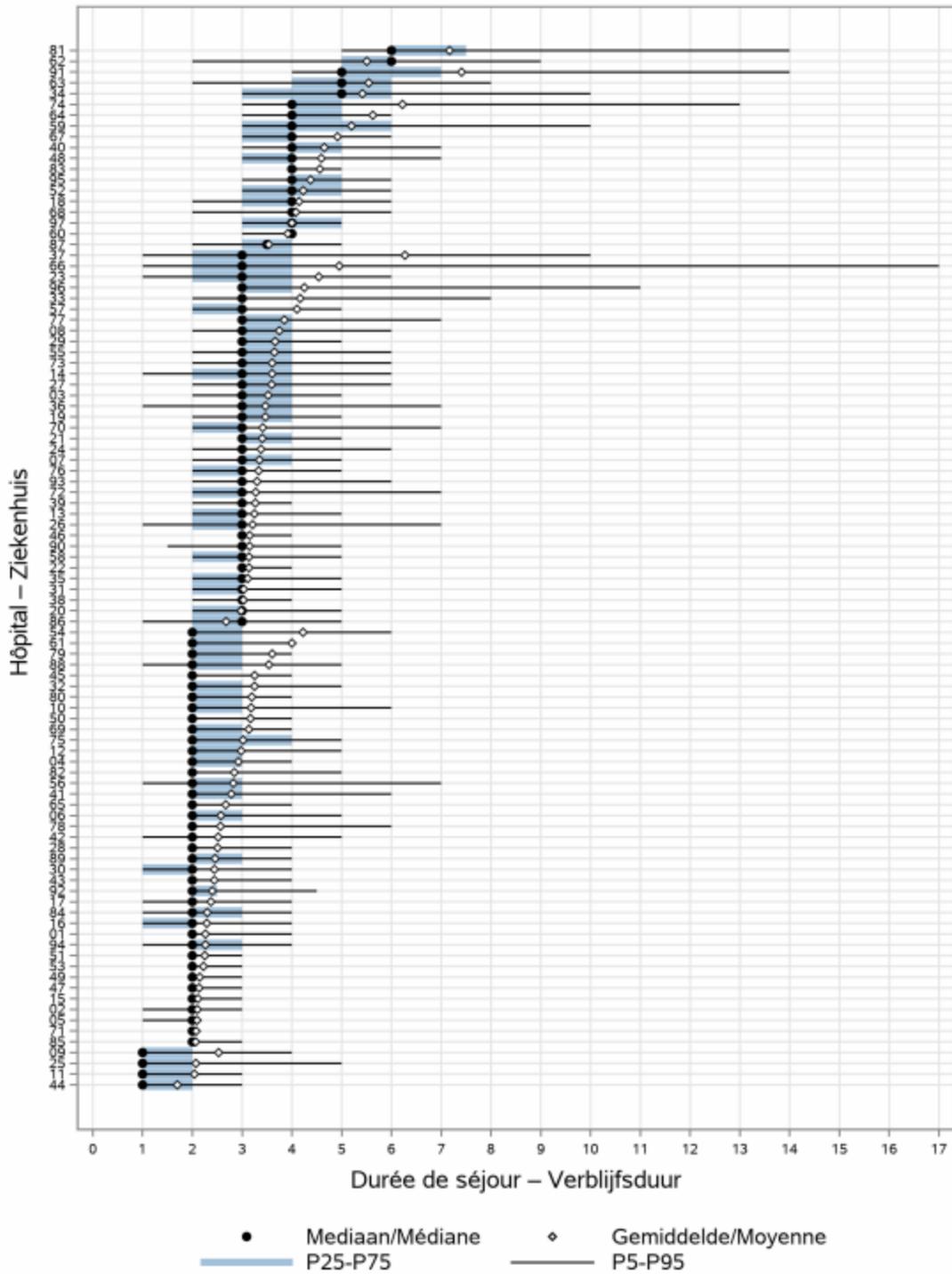


Figure 12: Distribution des durées de séjour de chirurgie bariatrique par hôpital.



5.1.6 Interactions de variables

5.1.6.1 TYPE D'INTERVENTION / CATÉGORIES DE BMI

L'analyse du type d'intervention bariatrique par catégorie de BMI (fig.13) montre que la proportion de bypass est la plus importante pour les toutes les catégories de BMI à partir de 35. La proportion de sleeve, quant à elle, augmente avec le BMI. En ce qui concerne la catégorie de BMI inférieur à 35, d'autres codes de nomenclature ont été attestés dans près de 65% des cas.

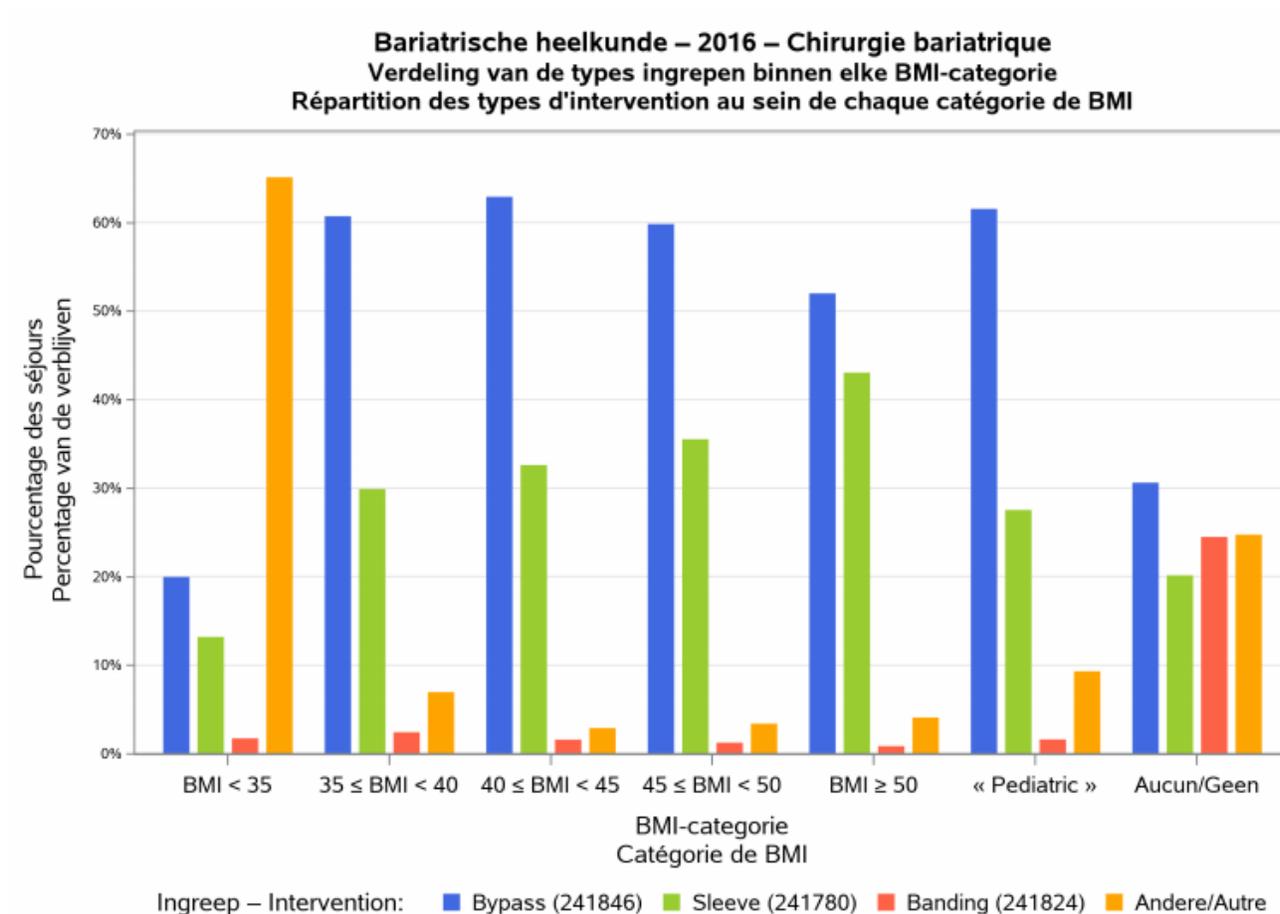


Figure 13: Type d'intervention de chirurgie bariatrique par catégorie de BMI.



5.1.6.2 TYPE D'INTERVENTION / CATÉGORIE D'ÂGE

La proportion de codes de nomenclature attestés par catégorie d'âge (fig. 14) varie assez peu pour les patients entre 18 et 69 ans. Signalons que les interventions de type sleeve sont plus fréquentes chez les patients appartenant à la tranche d'âge 18-29 ans.

En ce qui concerne les catégories d'âge extrêmes, moins de 18 ans (16 séjours) et les 70 ans et plus (144 séjours), une plus grande proportion d'autres codes de nomenclatures ont été attestés, respectivement 100% et 20%.

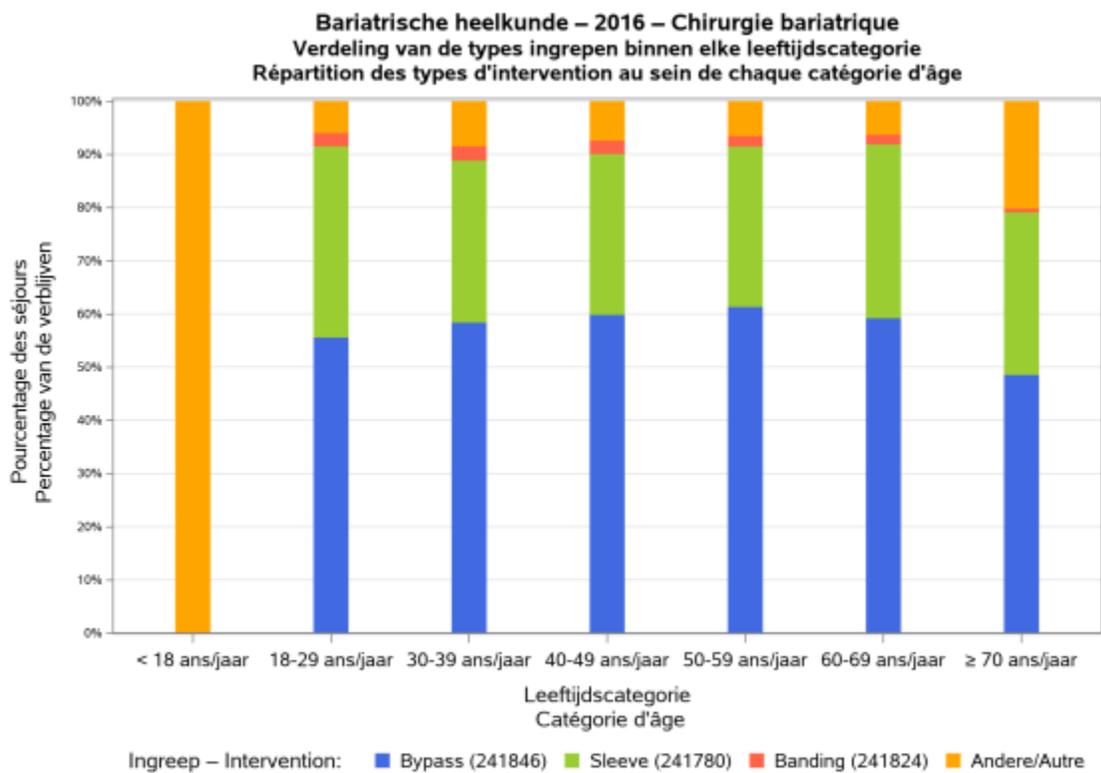


Figure 14: Répartition des types d'intervention de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge.



5.1.6.3 SEXE/TYPE D'INTERVENTION

L'analyse du type d'intervention selon le sexe du patient est présentée dans la figure 15 ci-dessous et montre peu de variation. Signalons qu'au sein du groupe de patients masculins, l'intervention de type sleeve est la plus fréquente.

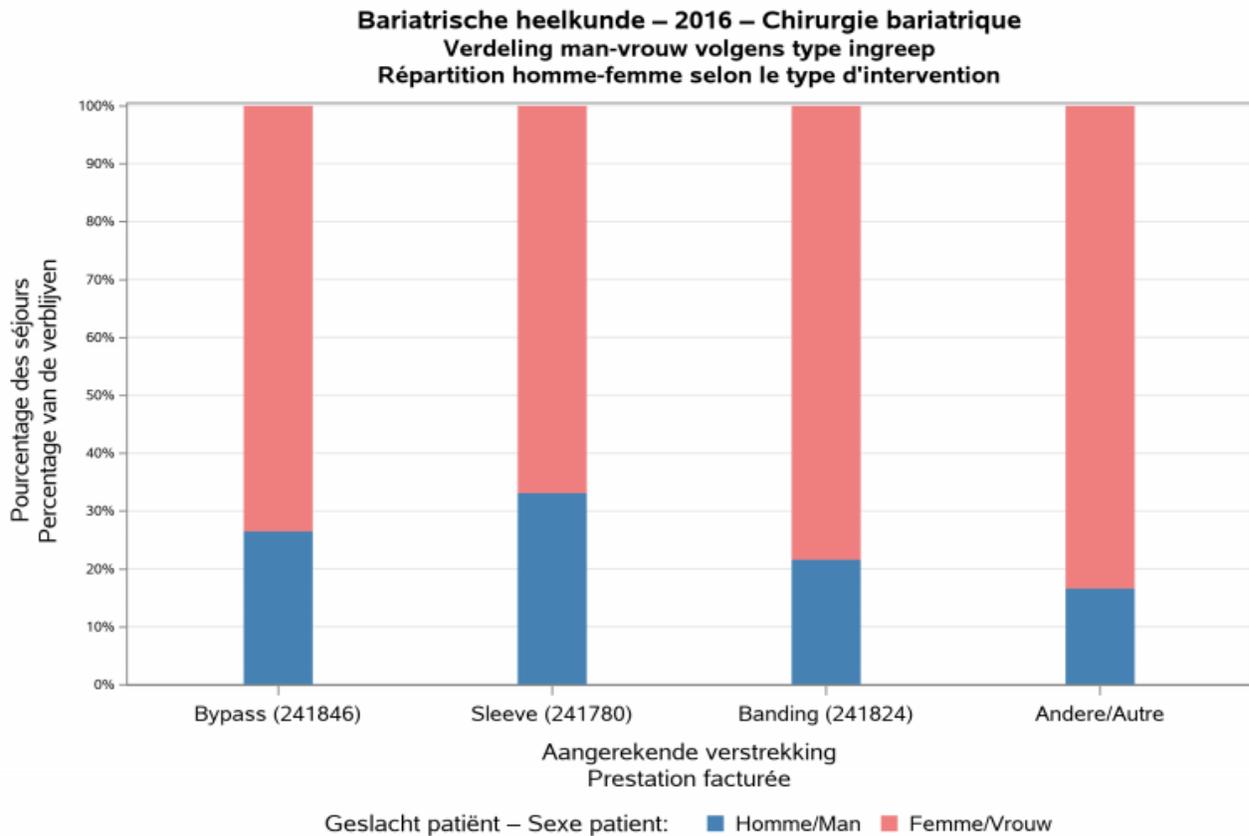


Figure 15: Répartition homme-femme par type d'intervention de chirurgie bariatrique.



5.1.6.4 SEXE/CATÉGORIE DE BMI

La proportion hommes-femmes varie peu avec le BMI (fig. 16). Dans la catégorie BMI < 35, la proportion de femmes est la plus élevée par rapport aux autres catégories de BMI.

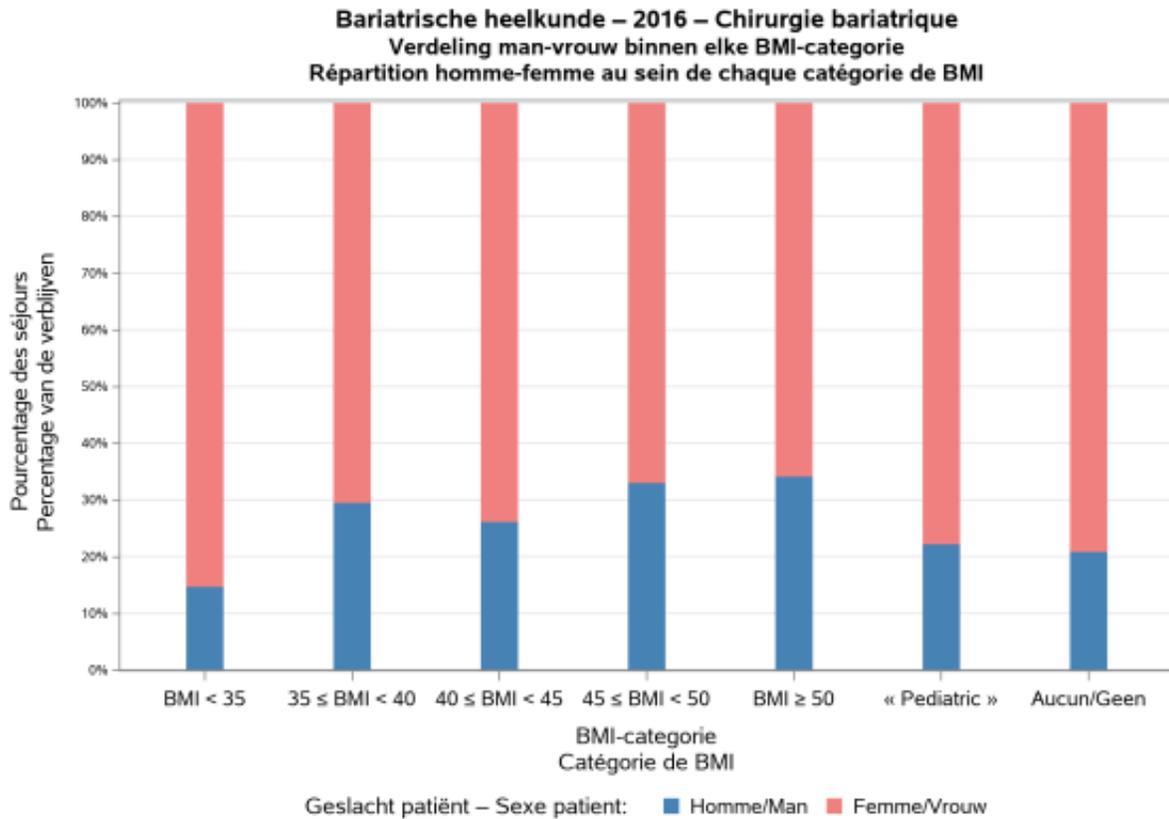


Figure 16: Répartition homme-femme par catégorie de BMI.



5.1.6.5 SEXE/CATÉGORIE D'ÂGE

La proportion d'hommes subissant une chirurgie bariatrique augmente avec l'âge pour atteindre près de 40 % chez les patients âgés de 60 ans et plus (fig. 17).

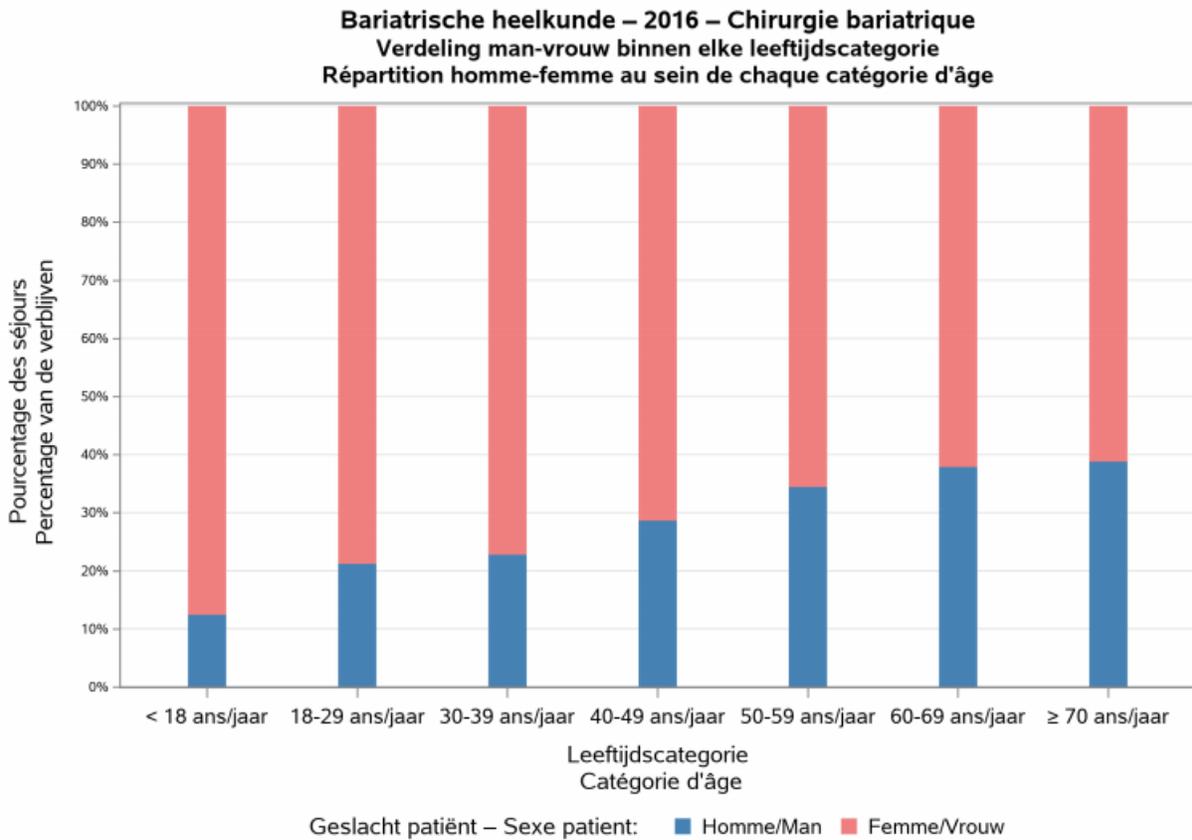


Figure 17: Répartition homme-femme par catégorie d'âge.



5.1.6.6 NOMBRE D'INTERVENTIONS / CATÉGORIE D'ÂGE / CATÉGORIE DE BMI

Parmi les patients de 18 à 49 ans, le nombre d'interventions bariatriques est plus important chez ceux dont le BMI est compris entre 40 et 44,9 (fig. 18). Le nombre d'interventions chez les patients dont le BMI est compris entre 35 et 40 augmente avec l'âge, ce qui s'expliquerait par l'apparition de comorbidités justifiant l'intervention. A partir de 50 ans, le nombre d'interventions bariatriques est pratiquement équivalent pour les catégories de $35 \leq \text{BMI} < 40$ et $40 \leq \text{BMI} < 45$.

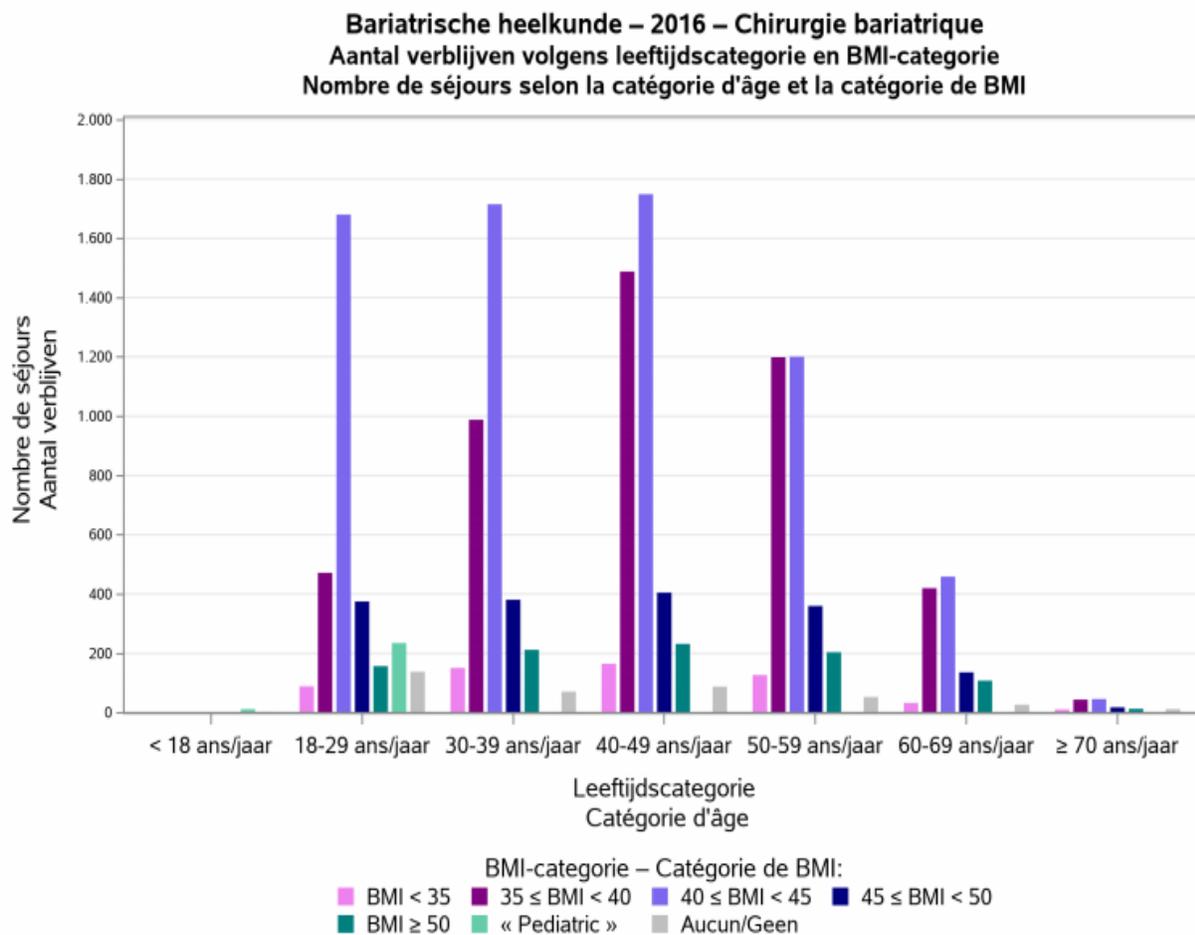


Figure 18: Nombre de séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge et de BMI.



5.1.6.7 TYPE D'INTERVENTION / DURÉE DE SÉJOUR

La majorité des patients ayant subi une opération type sleeve séjourne équivalamment 2 ou 3 nuits à l'hôpital (fig. 19). Quant aux interventions type bypass, la plupart des patients séjourne 2 nuits et dans une moindre mesure 3 nuits. L'intervention par banding implique une durée de séjour le plus souvent égale à une nuit.

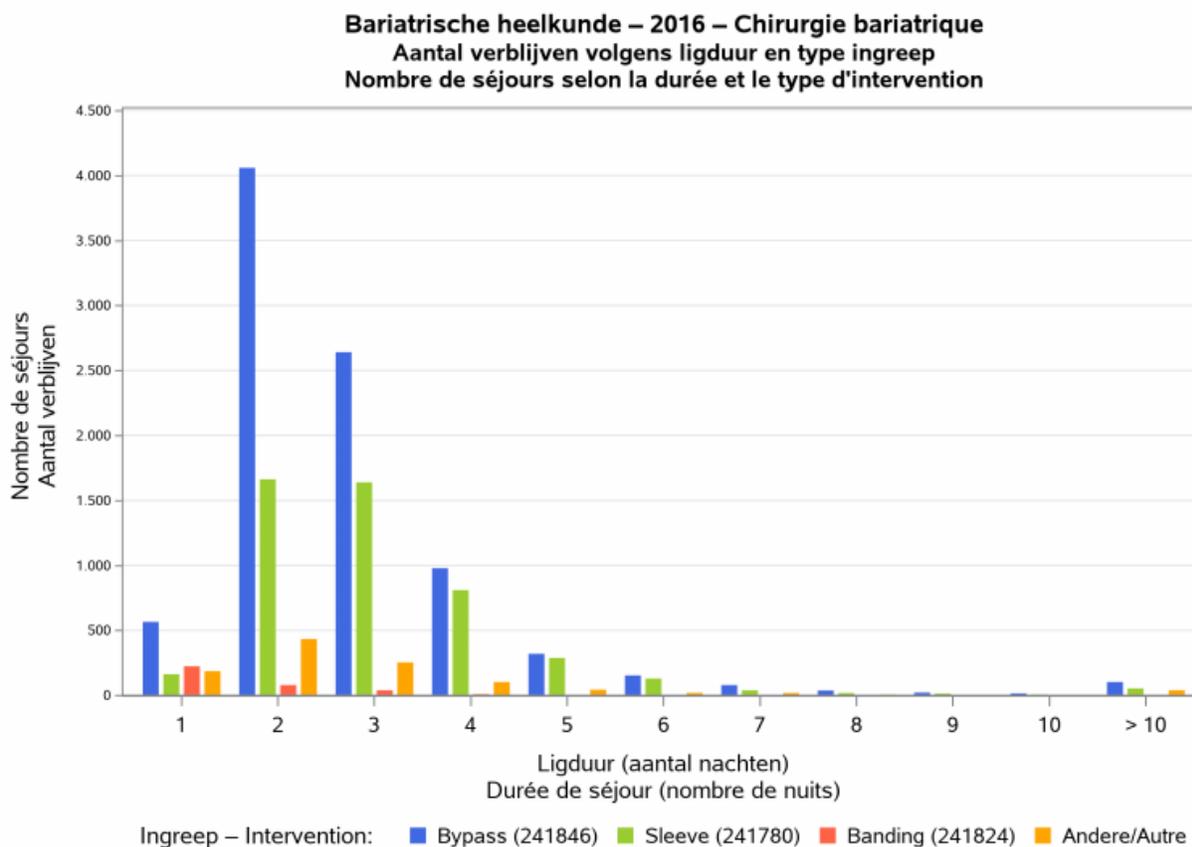


Figure 19: Nombre de séjours selon le type d'intervention de chirurgie bariatrique et le type d'intervention.

Ces résultats se confirment lors de l'analyse de la dispersion de la durée de séjour par hôpital (fig. 20).

Ces durées de séjour sont la norme dans la plupart des hôpitaux.



Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Ligduur volgens type ingreep, per ziekenhuis
Durée de séjour selon le type d'intervention, par hôpital

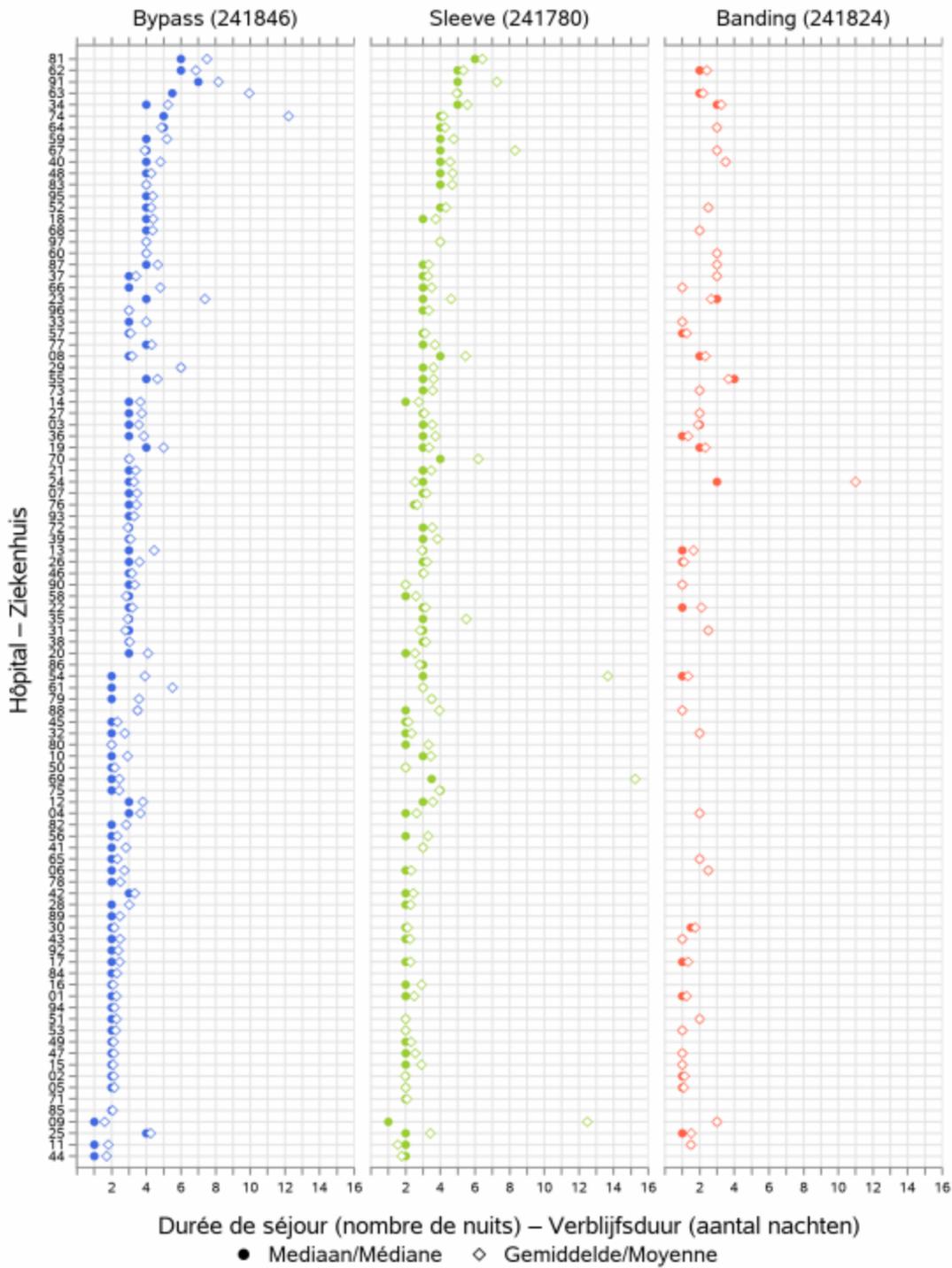


Figure 20: Répartition Durée de séjours de chirurgie bariatrique selon le type d'intervention par hôpital.



5.1.7 Pourcentage des séjours avec pompe analgésique PCA, par hôpital

Une pompe analgésique PCA a été utilisée chez 17% des patients ayant bénéficié d’une chirurgie bariatrique. Cette pratique s’observe dans quelques institutions notamment 9 d’entre elles placent une pompe analgésique PCA après chirurgie bariatrique dans plus de 70% des cas, dont 4 dans plus de 90% des cas. Trente-quatre hôpitaux n’attestent pas de pompe analgésique PCA (fig. 21).

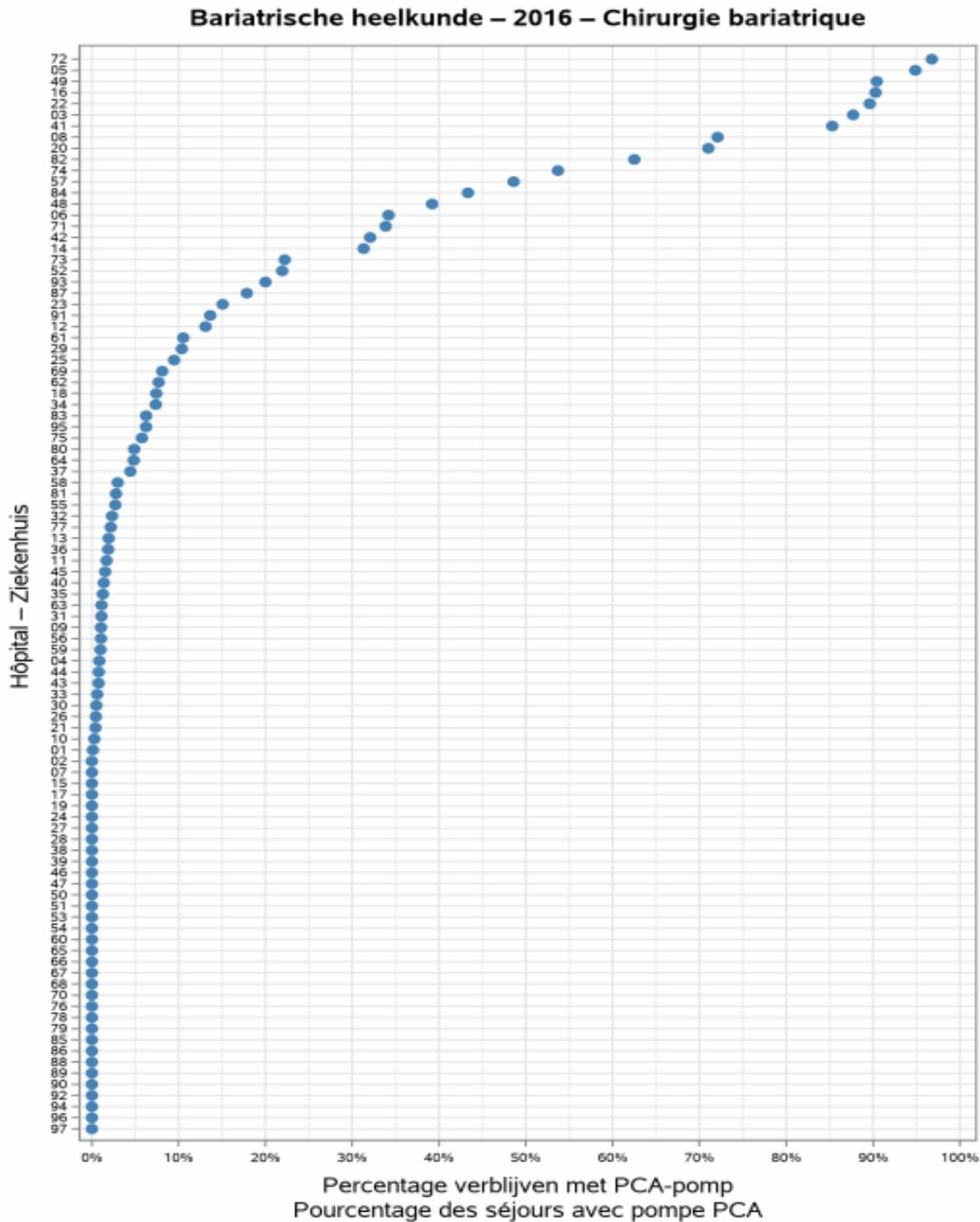


Figure 21: Pourcentage de séjours de chirurgie bariatrique avec pompe analgésique PCA par hôpital.



5.2 Résultats spécifiques aux audits

5.2.1 Trajet de soins

Ces résultats synthétisent l'ensemble des informations recueillies sur le trajet de soins en chirurgie bariatrique des 19 hôpitaux audités. Le nombre d'hôpitaux répondants peut varier d'un item à l'autre en fonction de l'obtention ou non, des réponses aux questions. Pour faciliter l'analyse, le trajet de soins est subdivisé en périodes préopératoire, opératoire, postopératoire hospitalière et extrahospitalière.

5.2.1.1 PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

5.2.1.1.1 LE PATIENT EST RÉFÉRÉ PAR :

Dans 89% des hôpitaux audités, le patient se présente majoritairement de lui-même souvent selon le bouche à oreille. Dans 2 hôpitaux sur les 19 audités, le patient est référé par le médecin traitant de façon majoritaire. La référence par un autre spécialité (endocrinologue, orthopédiste, pneumologue, cardiologue, ...) est variable d'un hôpital à l'autre mais n'est jamais majoritaire.

5.2.1.1.2 PREMIERE CONSULTATION

Dans la majorité des cas, la première consultation est assurée par le chirurgien et dans une moindre mesure par un coordinateur non médecin ou un diététicien/nutritionniste.

Première consultation	Nbr H	Nbr H répondant	%
Chirurgien	15	19	79 %
Coordinateur non médecin	2	19	10,5 %
Diététicien / Nutritionniste	2	19	10,5 %

Dans certains hôpitaux, le secrétariat ou un membre du centre de coordination lorsqu'il existe, oriente lors du premier contact téléphonique, le patient vers le trajet de soins le plus adapté (médical ou chirurgical).

5.2.1.1.3 CONSULTATIONS PREOPERATOIRES

Une consultation préopératoire est organisée avec les prestataires suivants:

Consultations préopératoires	Fréquence	Nbr H	Nbr H répondant	%
Chirurgien	Systématiquement	19	19	100 %
Psychiatre/psychologue clinicien	Systématiquement	19	19	100 %
Diététicien/Nutritionniste	Systématiquement	18	19	95 %
Endocrinologue	Systématiquement	11	19	58 %
Cardiologue	Systématiquement	3	19	16 %
Pneumologue	Systématiquement	2	19	11 %



Une consultation préopératoire avec d'autres prestataires (gynécologue, gastroentérologue, dentiste, anesthésiste, kinésithérapeute, ...), est effectuée soit systématiquement dans certains hôpitaux, soit occasionnellement dans d'autres en fonction de la situation clinique du patient. Le nombre de consultations préopératoires par prestataire varie de 1 à 3 consultations. Dans un hôpital audité, le bilan préopératoire et les divers examens sont effectués lors d'une hospitalisation de 2 jours/1 nuitée.

5.2.1.1.4 DOCUMENTATION DU RÉGIME

Dans la majorité des cas, le bref récit du patient concernant un ou plusieurs régime(s) antérieur(s) est présent dans le dossier mais il permet difficilement de conclure que le régime a bien duré 1 an sans réel résultat stable. Dans 3 hôpitaux, l'existence d'un ou plusieurs régime(s) durant une année et sans réel résultat est bien documentée dans le dossier par un prestataire.

Documentation du régime	Nbr H	Nbr H répondant	%
Majoritairement sur parole du patient	16	19	84 %
Majoritairement documenté par un prestataire (diététicien ou par un médecin nutritionniste)	3	19	16 %

Certains hôpitaux préconisent un régime préopératoire d'une à deux semaines (hyper protéiné ou autre).

5.2.1.1.5 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES PRÉOPÉRATOIRES

Examens	Fréquence	Nbr H	Nbr H répondant	%
Echographie	Systématiquement	14	19	74 %
	Selon état clinique	5	19	26 %
Gastroscopie, HB	Systématiquement	17	19	89 %
	Selon état clinique	2	19	11 %
OED	Systématiquement	2	19	11 %
	Selon état clinique	9	19	47 %
	Jamais	8	19	42 %

Autres examens complémentaires réalisés systématiquement :

- Urines de 24 heures (5 hôpitaux)
- Dexaméthasone test (1 hôpital)
- Polygraphie (1 hôpital)
- Breath test après gastroscopie (1 hôpital)

Types et indications des examens complémentaires réalisés selon le contexte clinique :

- Echographie abdominale (5 hôpitaux) : en cas d'intervention par bypass, suspicion de stéatose à la biologie, utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons, pathologie sous-jacente
- OED (9 hôpitaux) : en cas de réintervention ou d'hernie hiatale importante
- Polysomnographie (19 hôpitaux) : en cas de suspicion d'un syndrome d'apnées du sommeil



- Spirométrie et radiographie thoracique (2 hôpitaux) : selon l'âge du patient et son profil de risque
- HGPO (1 hôpital) : en cas de diabète
- Manométrie (1 hôpital) : en cas d'intervention de type Sleeve ou Nissen
- EFR (Epreuve fonctionnelle respiratoire) (1 hôpital)
- Echographie du cœur (1 hôpital)

5.2.1.1.6 CONCERTATION BARIATRIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

Quatre hôpitaux sur les 19 audités n'organisent pas de concertation bariatrique multidisciplinaire (CBM) (21%). Sur les 15 hôpitaux organisant une CBM, 7 hôpitaux rédigent un rapport signé et daté (soit 37 % des 19 hôpitaux audités).

CBM	Nbr H	Nbr H répondant	%
Effectuée	15	19	79 %
Effectuée avec rapport daté et signé	7	15	47 %

5.2.1.1.7 DURÉE DU TRAJET PRÉOPÉRATOIRE

La durée du trajet préopératoire, c'est-à-dire la durée entre la première consultation et l'intervention, est inférieure à 4 mois dans 63% des cas, comprise entre 4 et 6 mois dans 32% des cas et supérieure à 6 mois dans 5% des cas.

Durée du trajet préopératoire	Nbr H	Nbr H répondant	%
Inférieure à 4 mois	12	19	63 %
De 4 à 6 mois	6	19	32 %
Supérieure à 6 mois	1	19	5 %

5.2.1.1.8 INFORMATION PATIENT

D'autres moyens que ceux qui sont présentés dans le tableau ci-dessous (sites internet, vidéo...) sont à la disposition du patient candidat pour une chirurgie bariatrique afin de l'informer et de l'accompagner.

Information patient	Nbr H	Nbr H répondant	%
Brochures	17	19	89 %
Information individuelle	19	19	100 %
Information collective	10	19	53 %



5.2.1.2 PÉRIODE OPÉRATOIRE

Ne sont reprises dans les différents tableaux, que les indications et contre-indications principales émises spontanément par le chirurgien présent lors de l'audit du trajet de soins et la liste n'est donc pas exhaustive.

Pour la majorité des hôpitaux, la principale indication du sleeve est le « volume eaters » (gros mangeur). Dans 5 hôpitaux, la principale indication est la demande du patient.

La sleeve Nissen (Nissen réalisée en complément de la sleeve gastrectomie) est proposée dans 2 hôpitaux chez les assurés obèses avec reflux gastro-œsophagien et pour lesquels il existe une contre-indication au bypass. Certains hôpitaux utilisent la technique de gastroplastie de Magenstrasse & Mill dite également gastroplastie réversible.

Sleeve: indications	Nbr H	Nbr H répondant	%
Gros mangeurs "volume eaters"	11	18	61 %
Demande du patient	5	18	28 %

Sleeve: contre-indications	Nbr H	Nbr H répondant	%
RGO, Barrett, HH	14	18	78 %
CI psychologiques	5	18	28 %

Bypass: indications	Nbr H	Nbr H répondant	%
Réintervention	6	18	33 %
Diabète	6	18	33 %
Gold standard	3	18	17 %
Super-obèse, grignoteur	7	18	39 %

Pour 69 % des hôpitaux auditionnés, les maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn) et/ou le risque de malabsorption sont une contre-indication à la chirurgie bypass. Un chirurgien a mentionné ne pas réaliser la technique du minibypass en raison du reflux biliaire qu'il engendre. A noter que pour 1 hôpital, la maladie de Crohn n'est pas une contre-indication à la chirurgie bypass.

Bypass: contre-indications	Nbr H	Nbr H répondant	%
Maladies inflammatoires de l'intestin ou risque de malabsorption (entre autres médicamenteuse)	11	16	69 %
CI psychologiques	5	16	31 %
Avant greffe rénale	2	16	13 %



Intervention anneau: indications	Nbr H	Nbr H répondant	%
Maladie de Crohn	1	17	6 %
Problème de coagulation	1	17	6 %
Combinaison avec autres techniques	3	17	18 %
Non réalisée	11	17	65 %

Cholécystectomie: indications	Sleeve			Bypass		
	Nbr H	Nbr répondant	H %	Nbr H	Nbr répondant	H %
Systematique	1	18	6 %	3	18	17 %
Lithiase asymptomatique	6	18	33 %	9	18	50 %
Lithiase symptomatique	5	18	28 %	6	18	33 %

Certains hôpitaux signalent la difficulté opératoire de la cholécystectomie après une chirurgie de bypass.

5.2.1.3 PÉRIODE POSTOPÉRATOIRE HOSPITALIÈRE

5.2.1.3.1 EXAMENS POSTOPÉRATOIRES HOSPITALIERS

Les différents examens postopératoires hospitaliers sont décrits dans le tableau ci-dessous.

Examens postopératoires hospitaliers	Nbr H	Nbr H répondant	%
Echographie	0	19	0 %
Gastroscopie	0	19	0 %
OED jamais	9	19	47 %
OED systématique	7	19	37 %
OED selon le cas clinique	3	19	16 %
Biologie systématique	10	14	71 %
Biologie si diabétique	1	14	7 %
Biologie jamais	3	14	21 %
Test au bleu de méthylène (en peropératoire)	4	19	21 %

5.2.1.3.2 PRÉVENTION ANTI THROMBOTIQUE

Une prévention anti thrombotique est assurée dans tous les hôpitaux audités par l'injection d'héparine de bas poids moléculaire. Le port de bas de contention est utilisé dans 17 hôpitaux.

Quatre hôpitaux utilisent la compression intermittente et dans 4 hôpitaux, les patients sont pris en charge par un kinésithérapeute.



5.2.1.3.3 GESTION DE LA DOULEUR

Des schémas standardisés ou des protocoles de gestion de la douleur sont présents dans la majorité des hôpitaux. Deux hôpitaux utilisent systématiquement une pompe analgésique PCA.

Pompe analgésique PCA	Nbr H	Nbr H répondant	%
Non	11	19	58 %
Systématiquement	2	19	11 %
Rare et selon le cas clinique	6	19	32 %

Certains hôpitaux considèrent que ce type de chirurgie représente une contre-indication absolue aux AINS tandis que d'autres les utilisent systématiquement en postopératoire.

5.2.1.4 PÉRIODE POSTOPÉRATOIRE EXTRAHOSPITALIÈRE

5.2.1.4.1 CONSULTATIONS POSTOPÉRATOIRES PRÉCONISÉES

Signalons que des recommandations concernant le suivi postopératoire et le régime sont prodigués oralement, avec ou sans support papier, pendant l'hospitalisation par le chirurgien, le diététicien ou l'infirmier coordonnant la prise en charge.

Une consultation postopératoire pour le patient a lieu avec les divers prestataires repris dans le tableau suivant:

Prestataire	Fréquence	Nbr H	Nbr H répondant	%
Chirurgien	Systématique	17	18	95 %
Psychologue/Psychiatre	Systématique	5	18	28 %
	Selon état clinique ou demande du patient	13	18	72 %
Diététicien	Systématique	16	18	89 %
	Demande du patient	2	18	11 %
Endocrinologue	Systématique	2	16	13 %
Pneumologue	Selon état clinique	6	18	33 %
Cardiologue	Selon état clinique	6	18	33 %

Le nombre de consultations chirurgicales planifiées la première année postopératoire varie de 2 à 5 consultations.

La deuxième année postopératoire, malgré les recommandations médicales de l'équipe et la planification des consultations chirurgicales, les patients consultent de moins en moins, une raison évoquée est la raison financière.

Une consultation systématique avec le psychologue ou le psychiatre est programmée dans 5 hôpitaux la première année postopératoire.



La première année postopératoire, des consultations sont programmées systématiquement chez le diététicien/nutritionniste dans 16 hôpitaux avec une grande variabilité dans la fréquence (1 consultation dans 4 hôpitaux à 6 consultations dans 3 hôpitaux). Deux hôpitaux planifient une à deux consultations la 2^{ème} année et un hôpital planifie une consultation au-delà de la 2^{ème} année.

A la demande du patient, le service de diététique est toujours disponible mais les consultations étant payantes et peu remboursées, l'aspect financier est un frein important au suivi diététique.

Dans deux hôpitaux, des consultations systématiques avec un endocrinologue sont programmées pendant la 1^{ère} année (une consultation dans 1 hôpital et deux consultations dans l'autre hôpital). Dans six hôpitaux, une consultation cardiologique ou pneumologique est programmée en fonction de la situation clinique du patient opéré.

Des séances de réadaptation physique sont proposées par plusieurs hôpitaux, de fréquence variable et sont soit remboursées par les organismes assureurs ou prises en charge par l'hôpital lui-même.

5.2.1.4.2 DURÉE DU SUIVI POSTOPÉRATOIRE

La majorité des équipes de chirurgie bariatriques conseillent un suivi postopératoire à long terme mais celui-ci est dépendant du patient (situation financière, déplacements, choix personnels, compliance...). Malgré un encadrement proposé au patient par l'équipe bariatrique (planification des rendez-vous, information au patient en groupe ou individuelle...), un suivi effectif au-delà de deux ans est très rare.

Dans un hôpital, le candidat à la chirurgie bariatrique paie un forfait par étape et anticipativement, qui couvre les consultations et le suivi postopératoire.

5.2.1.4.3 INITIATIVES PARTICULIÈRES

Quinze hôpitaux proposent diverses initiatives particulières pour améliorer la prise en charge du patient ayant subi une chirurgie bariatrique. Ces initiatives sont budgétisées par l'hôpital.

A titre d'exemples :

- Gastroclub, groupe de parole, atelier culinaire, after work party...
- Brochures d'information, newsletters...
- Proposition de programme de revalidation, aquagym, activité sportive, réathlétisation...
- Campagne d'information pour patient, médecin traitant...
- Participation active à des études (GastricSleeve)

5.2.1.4.4 REGISTRE:

Le registre est présent dans 15 hôpitaux, ce qui a été vérifié lors de l'examen des 12 séjours.

Registre	Nbr H	Nbr H répondant	%
Présent	15	19	79 %
Absent	4	19	21 %



5.2.2 Dossiers audités

Ces résultats synthétisent l'ensemble des observations pour les 12 dossiers examinés dans les 19 hôpitaux audités (représentés par un numéro anonymisé) par le biais d'un questionnaire comprenant 29 items (annexe n°2).

5.2.2.1 ITEM 01 À 06: N° DE SÉJOUR, SEXE, ÂGE, DURÉE DU SÉJOUR, DRG, SOI

Dans tous les hôpitaux audités, les items 01 à 06 sont correctement identifiés dans tous les dossiers examinés.

5.2.2.2 ITEM 07 : PRINDIAG

La figure 22 représente le scorage (en %) des 19 hôpitaux audités pour l'item PRINDIAG.

Le diagnostic principal des séjours sélectionnés dans le cadre de la chirurgie bariatrique doit être un code pour l'obésité issu de la catégorie E66 (overweight and obesity). Un score de 5/5 est attribué lorsque le code enregistré est correct et un score de 0/5 lorsqu'il ne l'est pas.

Pour 15 hôpitaux, le score est de 100 %.

Quatre hôpitaux présentent un score en dessous de la moyenne de 92 %.

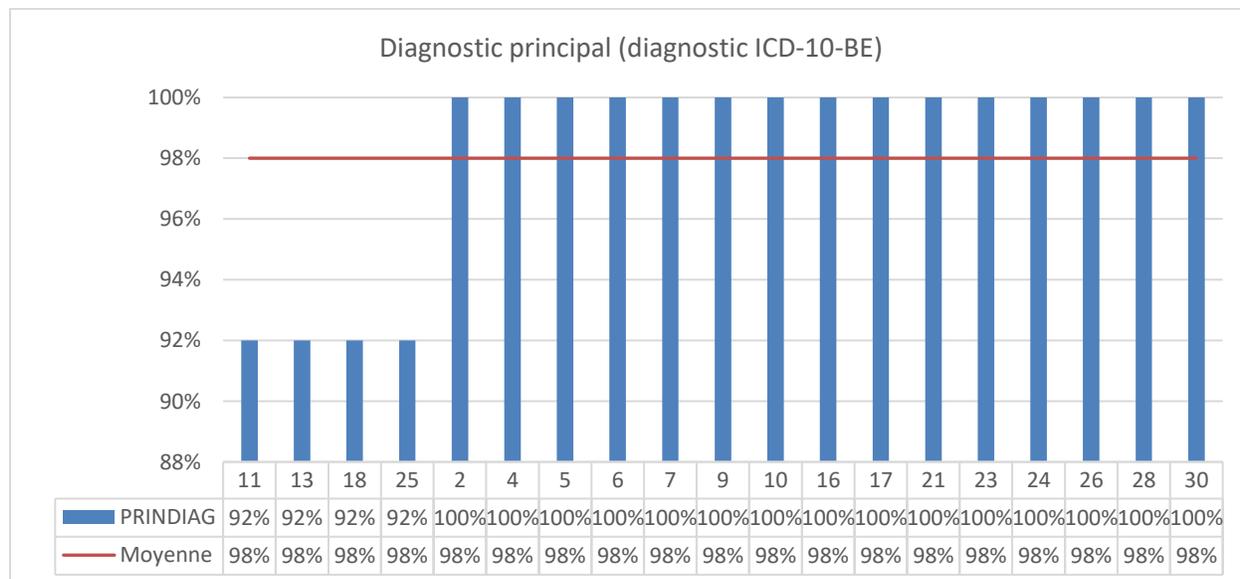


Figure 22: Item07 PRINDIAG.



5.2.2.3 ITEM 08 : BMI DOSSIER

La figure 23 représente le scorage (en %) des 19 hôpitaux audités pour l’item « BMI DOSSIER ». La valeur du BMI est la première condition pour le remboursement des prestations « traitement de l’obésité », défini à l’article 14d de la NPS.

Le BMI (body mass index) utilisé pour l'indication d'une procédure bariatrique avec remboursement doit être conforme aux critères légaux et figurer dans le dossier du patient. Une note de 10/10 est attribuée si le BMI au moment de l’indication opératoire est conforme aux critères de remboursement légaux, sinon une note de 0/10 est attribuée.

Dans 8 hôpitaux sur les 19 hôpitaux audités (soit 42 %), ce critère est conforme dans les 12 dossiers et ils obtiennent un score de 100 %. Six hôpitaux ont un score de 92 % et pour 5 hôpitaux, le score est inférieur à la moyenne (de 58 à 90 %).

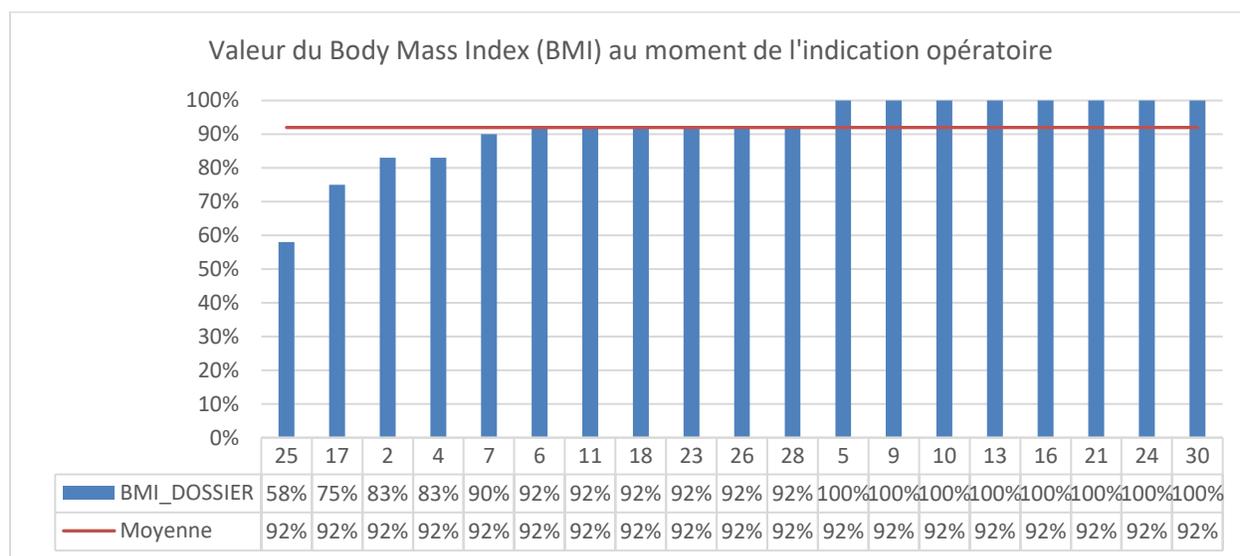


Figure 23: Item 08 BMI dossier.

5.2.2.4 ITEM 09 : BMI ICD-10-BE

La figure 24 représente le scorage (en %) des 19 hôpitaux audités pour l’item « BMI ICD-10-BE»

Cet item est utilisé pour vérifier la bonne application des règles de codage ICD-10-BE pour l’enregistrement du BMI du patient lors du séjour de chirurgie bariatrique, indépendamment des critères de la NPS.

Un score de 5/5 est attribué si le code est présent et correct. Un score de 0/5 est attribué si le codage est absent ou incorrect.



Pour 14 hôpitaux audités, le code ICD-10-BE est présent et correctement enregistré pour l'ensemble des dossiers analysés lors de l'audit. Ceux-ci obtiennent donc un score de 100 % pour cet item.

Un hôpital se distingue avec un score de 25 %.

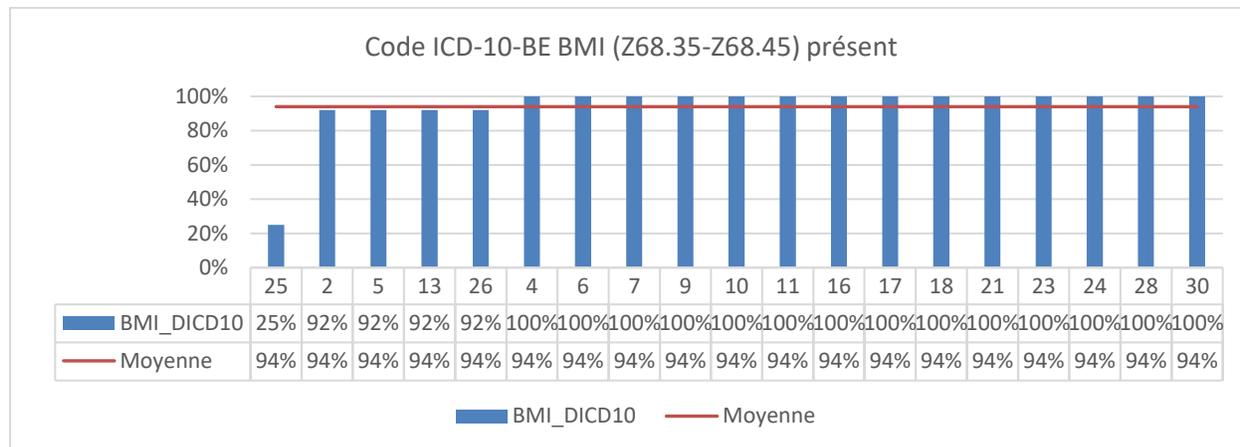


Figure 24: Item 09 BMI-ICD-BE.

5.2.2.5 ITEM 10 A 17 : DIABÈTE DOSSIER, DIABÈTE ICD-10-BE, HTA DOSSIER, HTA ICD-10-BE, APNÉES DOSSIER, APNÉES ICD-10-BE, REPRISE DOSSIER, REPRISE ICD-10-BE

Les items suivants ont été analysés et commentés lors des audits sur place. Ils n'ont cependant pas fait l'objet d'un scoring car ils ont été pris en compte dans l'item « BMI DOSSIER ». En effet, le fait qu'il s'agisse d'une réintervention ou que le patient présente des comorbidités lorsque le BMI est compris entre 35 et 39,9 est une des conditions nécessaire pour remplir les critères de remboursement de la chirurgie bariatrique.

5.2.2.6 ITEM 18 : RÉGIME

La figure 25 représente le scoring (en %) des 19 hôpitaux audités pour l'item « régime ».

Un régime suivi par le patient durant au moins un an sans résultat stable doit être clairement documenté dans le dossier du patient. Ceci représente la 3^{ème} condition pour le remboursement des prestations « traitement de l'obésité », défini à l'article 14d de la NPS.

Si ce régime est bien documenté dans le dossier du patient (par exemple sur déclaration d'un médecin nutritionniste /diététicien ou du médecin traitant), l'item de ce séjour est scoré 5/5. Si l'information d'un ou plusieurs régimes est présente dans le dossier (déclarations du patient) mais qu'il existe une imprécision quant à la durée totale du régime, un score de 3/5 est attribué. Si la documentation d'un régime est manquante, un score de 0/5 est attribué.



Un hôpital sur les 19 audités obtient un score de 100 %. Pour 2 hôpitaux, il n’y a aucune trace de régime dans les dossiers audités. Le score attribué est de 0 %. Pour 16 hôpitaux, le score varie de 5 % à 80 %.

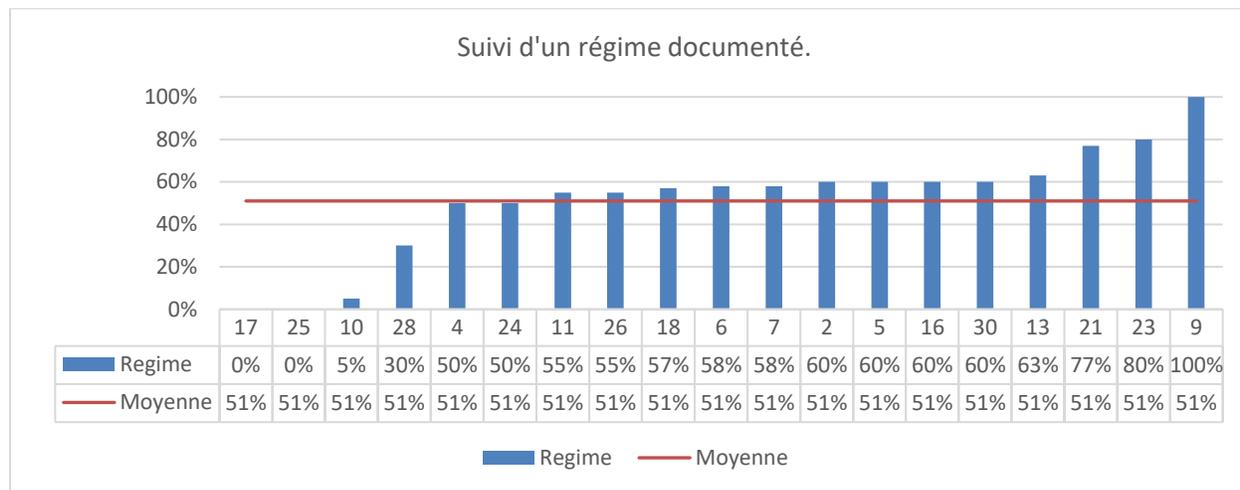


Figure 25: Item 18 Régime.

5.2.2.7 ITEM 19 : CONCERTATION BARIATRIQUE MULTIDISCIPLINAIRE (CBM)

La figure 26 représente le scorage (en %) des 19 hôpitaux audités pour l’item «Concertation bariatrique multidisciplinaire (CBM)». La CBM est la 4^{ème} condition pour le remboursement des prestations « traitement de l’obésité » défini à l’article 14d de la NPS.

Le rapport de la consultation bariatrique multidisciplinaire avec l'indication de la procédure bariatrique doit être daté et signé par tous les participants (le chirurgien, l'interniste-endocrinologue-diabétologue et le psychologue clinicien ou le psychiatre). Si ces conditions sont remplies, le score attribué pour le séjour est 5/5. Si le rapport est présent dans le dossier du patient, mais que des données sont manquantes, le score de 3/5 est attribué. En l'absence du rapport, le score est de 0/5.

Dans 4 hôpitaux, un rapport de la CBM daté et signé est présent pour tous les séjours audités. Ces hôpitaux obtiennent le score de 100% pour cet item.

Dans 2 hôpitaux, aucun rapport de CBM n’est retrouvé dans le dossier. Le score est de 0 %.

Dans 13 hôpitaux, le score varie de 5% à 93 %.

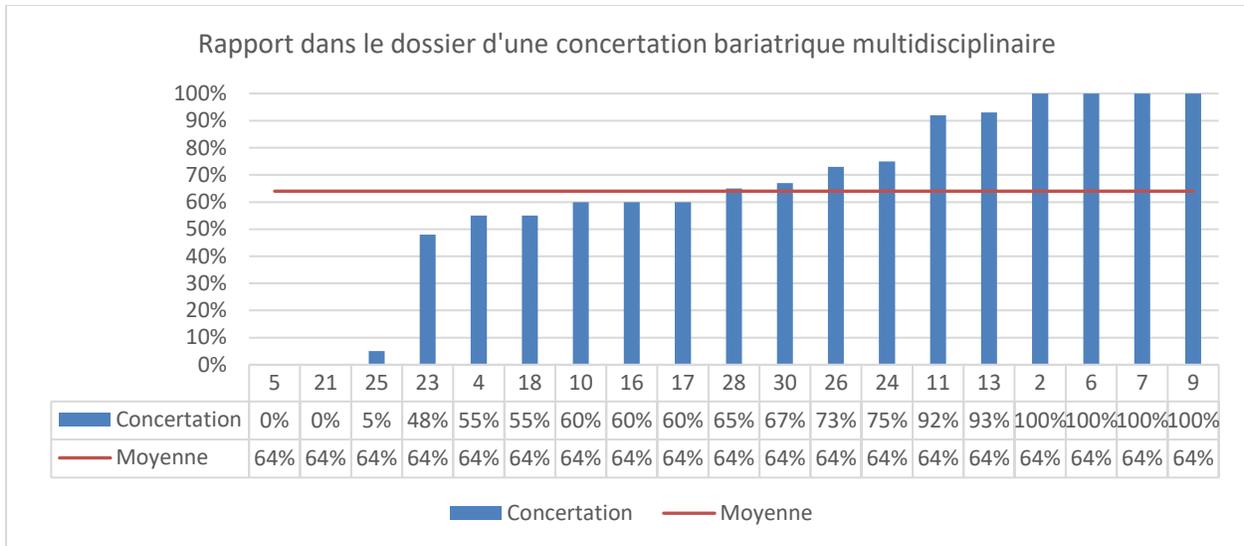


Figure 26: Item 19 Concertation bariatrique multidisciplinaire.

5.2.2.8 ITEM 20 : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

La figure 27 représente les résultats obtenus pour l’item 20 échographie. Elle représente le pourcentage, pour les 19 hôpitaux, des séjours audités pour lesquels une échographie a été réalisée en préopératoire chez le patient. Cet item ne fait pas l’objet d’un scorage.

Dans 7 hôpitaux, une échographie préopératoire a été réalisée pour l’ensemble des séjours. Aucune échographie n’a été réalisée en préopératoire dans 3 hôpitaux. Pour les 9 autres hôpitaux, le pourcentage varie de 17% à 92%.

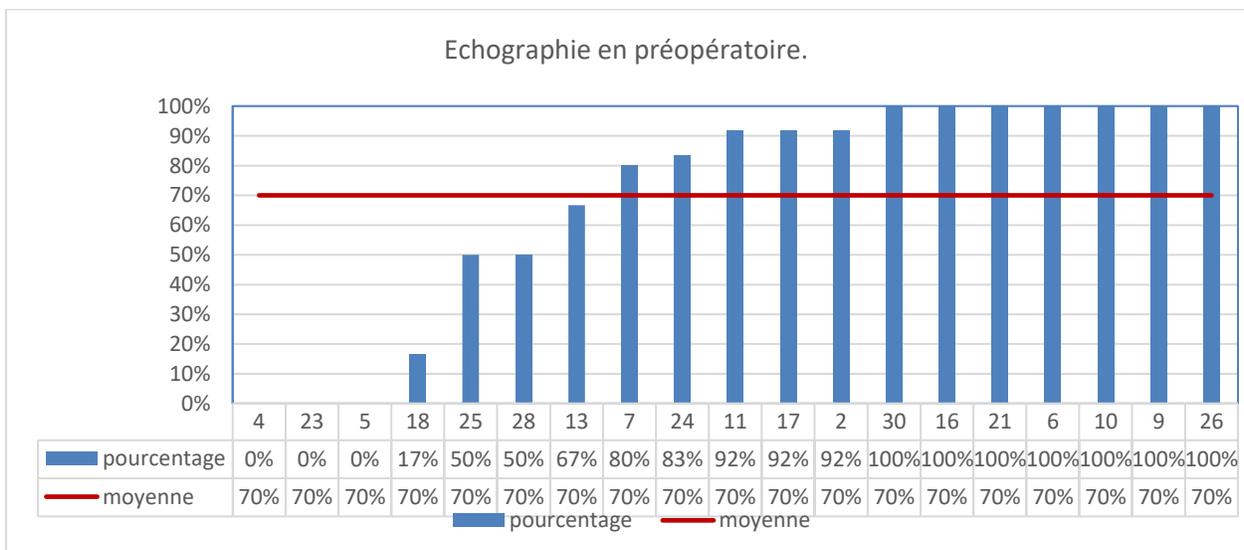


Figure 27: Item 20 Echographie abdominale.



5.2.2.9 ITEM 21 : ENDOSCOPIE

La figure 28 représente les résultats obtenus pour l’item 21 endoscopie. Elle représente le pourcentage, pour les 19 hôpitaux, des séjours audités pour lesquels une endoscopie a été réalisée en préopératoire chez le patient. Cet item ne fait pas l’objet d’un scorage.

Dans 11 hôpitaux, une endoscopie préopératoire a été réalisée pour l’ensemble des séjours. Aucune endoscopie n’a été réalisée en préopératoire dans 1 hôpital. Pour les 7 autres hôpitaux, le pourcentage varie de 8 % à 92%.

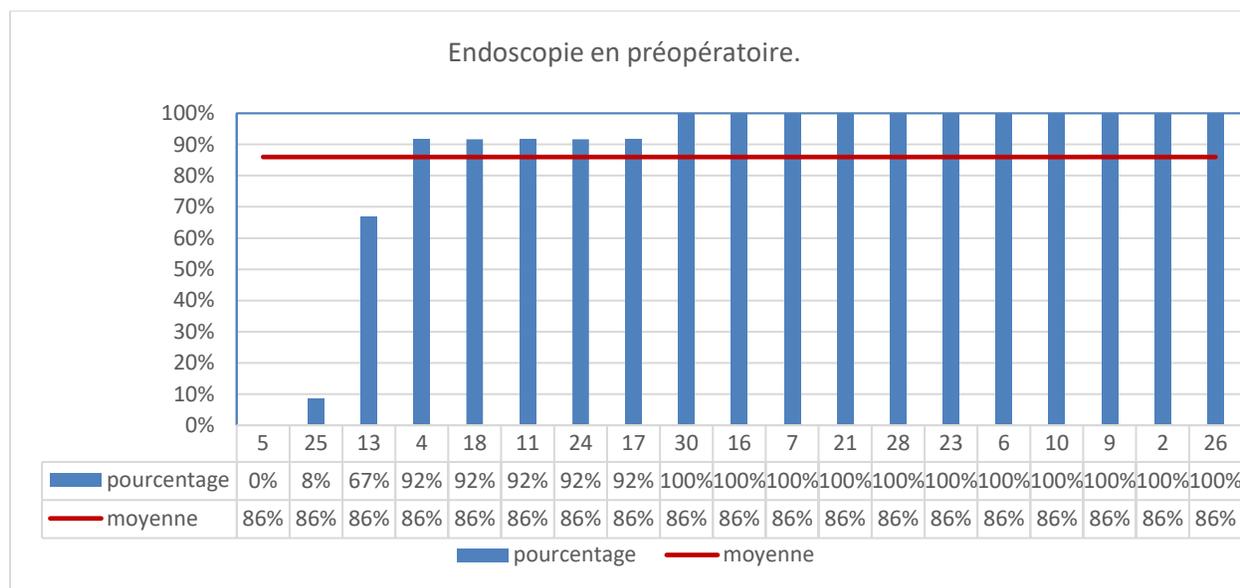


Figure 28: Item 21 Endoscopie.

5.2.2.10 ITEM 22 : PROTOCOLE OPÉRATOIRE

Cet item n’a pas fait l’objet d’un scorage.

Les protocoles opératoires sont présents pour tous les séjours de 17 hôpitaux sur les 19 audités. Pour 2 hôpitaux, le protocole opératoire d’un séjour manque dans le dossier du patient.

5.2.2.11 ITEM 23 : PROTOCOLE EN ADÉQUATION AVEC LE CODE DE NOMENCLATURE

La figure 29 représente le scorage (en %) des 19 hôpitaux audités pour l’item «protocole opératoire en adéquation avec le code de nomenclature».

Un score de 5/5 pour cet item est attribué si la prestation de chirurgie détaillée au niveau du protocole opératoire correspond au code de nomenclature attesté par le chirurgien. Dans le cas contraire, un score est de 0/5.



Dans 14 hôpitaux audités, les protocoles opératoires sont en adéquation avec le code de nomenclature facturé. Le score pour cet item est de 100 %. Dans 5 hôpitaux, le score varie entre 75 % et 92 %. (cf. point 7.2 « Codes attestés et intervention effectivement réalisées »).

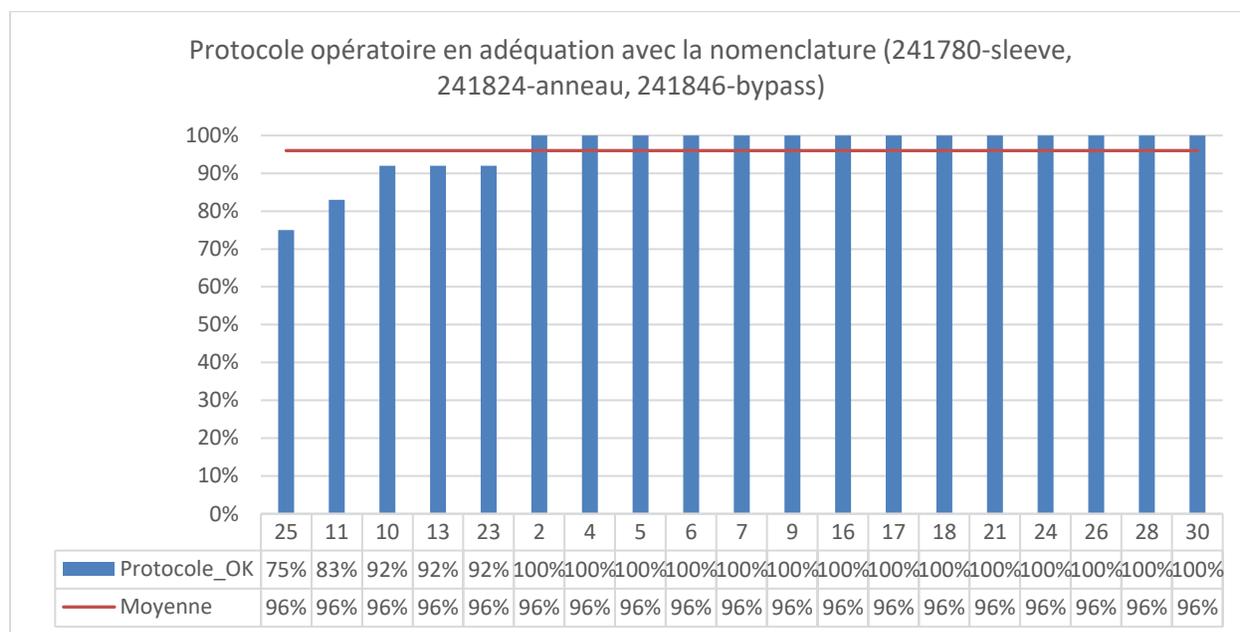


Figure 29: Item 23 Protocole en adéquation avec le code de nomenclature.

5.2.2.12 ITEM 24 : PROC ICD-10-BE

La figure 30 représente le scorage (en %) des 19 hôpitaux audités pour l’item « PROC ICD-10-BE ».

Cet item est utilisé pour vérifier la bonne application des règles de codage ICD-10-BE pour l’enregistrement de la procédure réalisée lors du séjour de chirurgie bariatrique ICD-10-PCS.

Un score de 5/5 est attribué si le code est présent et correct. Un score de 0/5 est attribué si le codage est absent ou incorrect.

Pour 8 hôpitaux audités, le code PCS est présent et correctement enregistré pour l’ensemble des dossiers analysés lors de l’audit. Ceux-ci obtiennent donc un score de 100 % pour cet item. Sept hôpitaux obtiennent un score de 92 %. Quatre hôpitaux obtiennent un score variant de 58 % à 83 %, la moyenne étant de 91 % pour cet item.

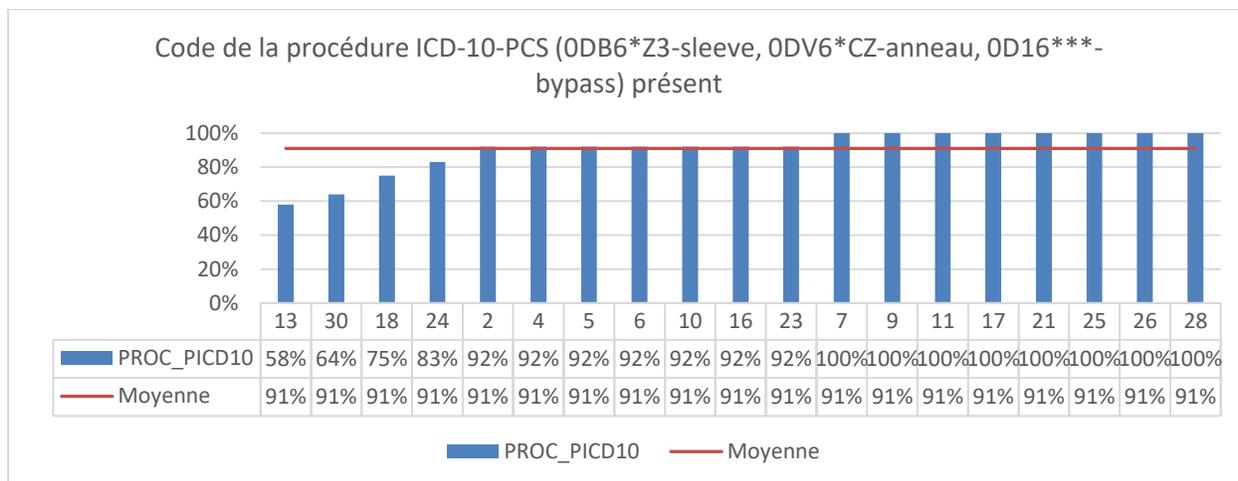


Figure 30: Item24 Code de procédure ICD-10-PCS

5.2.2.13 ITEM 25 : COMPLICATION DISPOSITIF

Quatre séjours ont fait l'objet de complications suite à la chirurgie bariatrique (complications hémorragiques, abcès et fistule au niveau de l'anastomose).

5.2.2.14 ITEM 26 : POMPE ANALGÉSIQUE PCA

La figure 31 représente, par hôpital, le pourcentage de patients ayant bénéficié d'une pompe analgésique PCA. Celle-ci est identifiée par le code de nomenclature 202344 «Honoraires forfaitaires pour la mise en fonction, la programmation, la supervision journalière et l'enregistrement, par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, d'une pompe analgésique PCA (patientcontrolled analgesia) pour l'administration de morphinomimétiques et éventuellement de co-analgésiques par voie intraveineuse (PCIA, patient controlled intravenous analgesia), en postopératoire et/ou après polytraumatisme, y compris le matériel, à l'exclusion des produits pharmaceutiques. La pompe PCA doit obligatoirement permettre de programmer les 4 paramètres suivants : vitesse continue, dose PCA, blocage PCA et limite de temps » .

Aucune pompe analgésique PCA n'a été utilisée dans 11 hôpitaux sur les 19 audités. L'usage d'une pompe analgésique PCA est systématique ou presque dans 2 institutions

Signalons que 2 pompes analgésiques PCA ont été tarifées de manière injustifiée et ne sont donc pas comptabilisées dans le graphique ci-dessus.

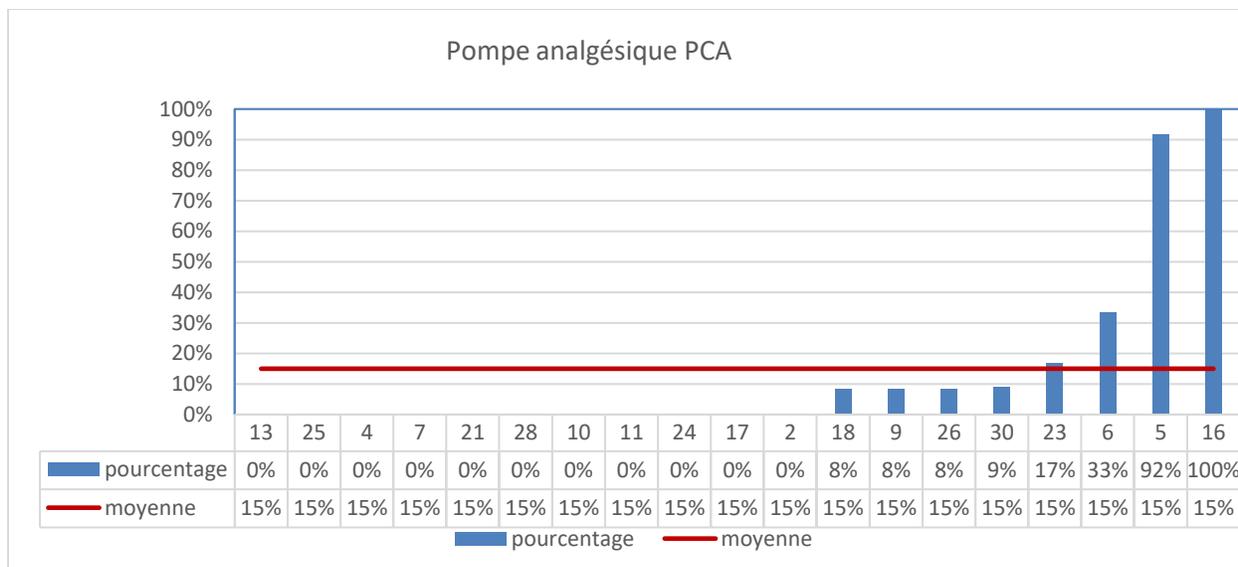


Figure 31: Item26 Pompe analgésique PCA.

5.2.2.15 ITEM 27 : LETTRE DE SORTIE

La lettre de sortie et particulièrement le rapport provisoire qui assure la continuité des soins est défini dans l'AR du 3 mai 1999, en vigueur depuis le 30/01/2000, déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical visé à l'art 15 de la Loi sur les Hôpitaux, coordonnée le 7/08/1987 doit répondre.

Dans 15 hôpitaux (cf. fig.32), la lettre de sortie est présente dans les dossiers audités, soit un score de 100%. Dans 4 hôpitaux, le score varie entre 17% et 92 %.

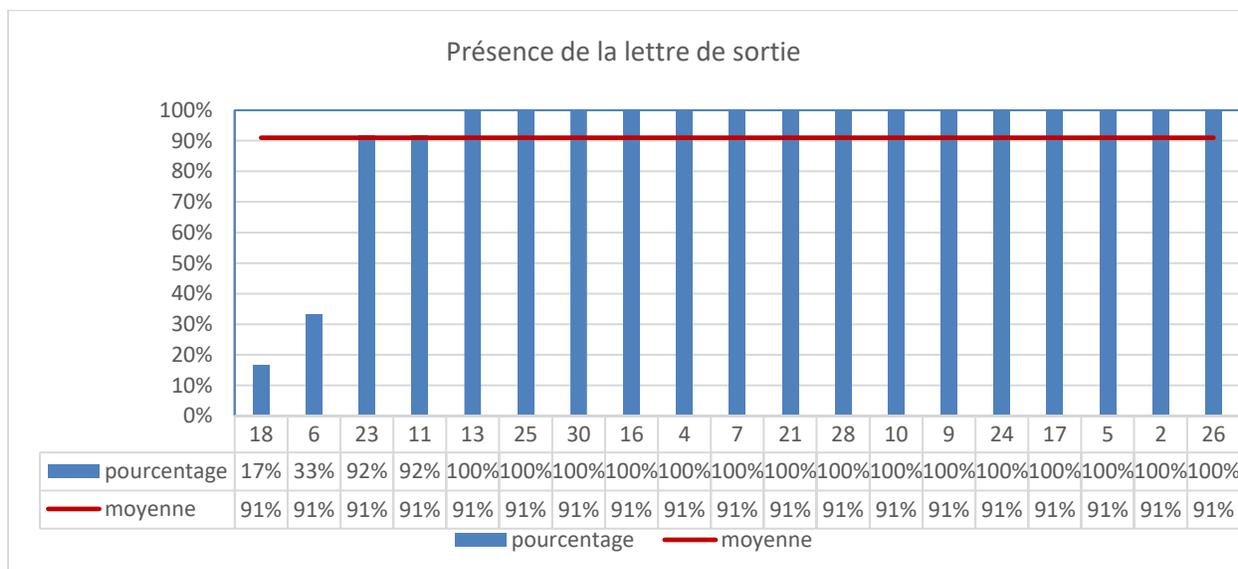


Figure 32: Item 27 Lettre de sortie.



5.2.2.16 ITEM 28 : RECOMMANDATIONS

Les recommandations relatives à la continuité des soins et au suivi post-opératoire sont généralement mentionnées brièvement dans la lettre de sortie.

Pour 5 séjours d'un hôpital, les recommandations sont présentes alors que la lettre de sortie est absente.

5.2.2.17 ITEM 29 : REGISTRE

Ce critère est la 6^{ème} condition pour le remboursement des prestations « traitement de l'obésité » défini à l'article 14d de la nomenclature des soins de santé. Un score de 5/5 est attribué si le registre est présent et répond aux modalités fixées par le Comité de l'assurance. Si le séjour est inclus dans le registre, mais avec des données incomplètes, le séjour recevra un score de 3/5. Si le séjour n'est pas inclus dans le registre, le score est de 0/5.

Dans 9 hôpitaux (47,37%), le registre est présent (cf. fig. 33) et répond aux modalités fixées par le Comité de l'assurance. Le score est de 100 %.

Dans 6 hôpitaux, le registre est présent mais ne répond pas aux modalités prévues. Le score varie de 55% à 92%.

Dans 4 hôpitaux, le registre est absent ou n'a pas été fourni. Le score est de 0 %.

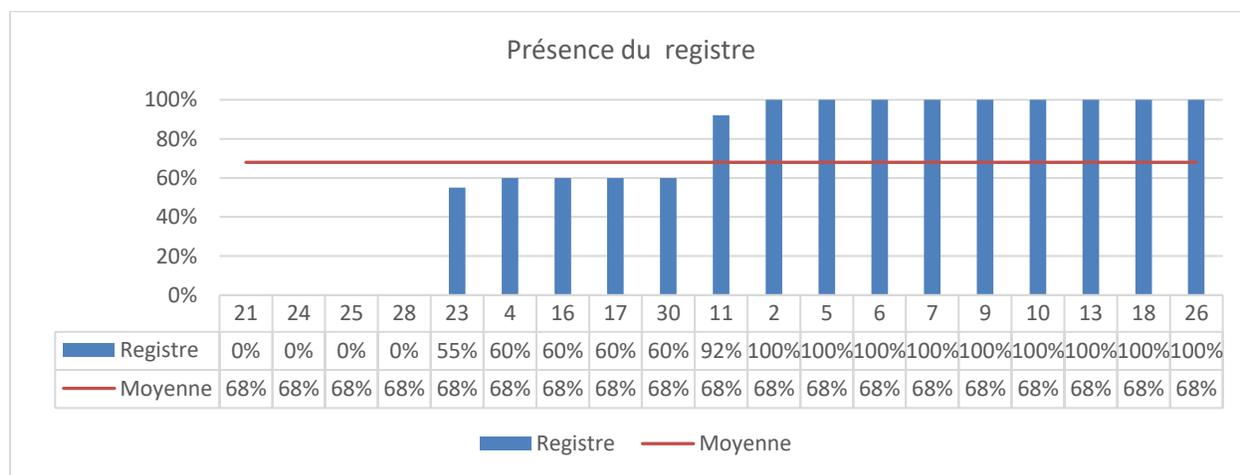


Figure 33: Item 29 Registre.



5.2.3 DPI selon certains critères BMUC

Ci-dessous, sont reprises certaines caractéristiques du Dossier Patient Informatisé selon d'une part les résultats de l'enquête menée par le SPF en 2018. Les réponses apportées par les institutions, dans cette enquête, prenaient en compte la situation de chacune en fonction de la date de leur réponse, soit entre fin 2017 et début 2018. D'autre part, dans le cadre de ce cycle d'audit, les institutions auditées ont pu compléter un questionnaire ciblé sur quelques critères BMUC en fonction de leur situation actuelle, soit dans le courant du premier semestre 2019. Enfin, les observations faites durant l'audit ont mis en évidence la situation au travers des dossiers audités pour la période de référence de 2016. Ci-dessous sont donc reprises les constatations faites dans les institutions où l'auditeur infirmier était présent.

De manière générale, nous constatons que les résultats de la visite d'audit sont conformes aux déclarations des hôpitaux. Nous notons toutefois une sur-déclaration du critère « Identification unique du patient » dans un hôpital. Cependant, nous ne pouvons actuellement pas tirer de conclusions absolues quant à la manière d'expliquer cette différence, car les périodes de référence ne correspondent pas parfaitement. Pour la « prescription électronique », nous constatons une nette progression dans les hôpitaux déjà dotés d'un système de prescription électronique. Pour le critère « communication automatisée avec le système HUB et interactions avec e-health », il a été établi que tous les hôpitaux sont connectés au système Hub-métahub. Cependant, il n'est pas possible de déterminer si un hôpital partage effectivement les documents d'un patient via le système Hub-métahub. Il ne faut pas négliger le fait que cela dépend du consentement éclairé du patient. La politique de partage des données peut également différer entre les hôpitaux. Certains hôpitaux partagent automatiquement tous les documents, d'autres uniquement la lettre de sortie (provisoire) et, par exemple, pas les rapports d'opération. Il convient donc d'affiner les critères auditables en collaboration avec l'équipe d'audit.

5.2.3.1 IDENTIFICATION UNIQUE

La figure 34 ci-dessous reprend, pour les institutions auditées et ayant reçu le questionnaire, la situation actuelle en ce qui concerne l'identification unique du patient. Il s'agit de l'attribution d'un numéro de patient et de séjour unique pour chaque patient ainsi que de la nécessité ou non d'introduire à plusieurs reprises ce numéro dans les différentes applications composant le Dossier Patient Informatisé. Sur base des institutions auditées et des séjours audités (2016), il a été constaté de grandes améliorations dans le niveau de déploiement du dossier informatisé entre la situation en 2016, les résultats de l'enquête de 2018 et la situation actuelle (courant 2019). Ainsi en 2016, peu d'institutions étaient complètement informatisées, couplant des éléments papiers avec des éléments informatisés, le tout regroupé ensuite dans un dossier unique informatisé après le scannage de toutes les parties papier.

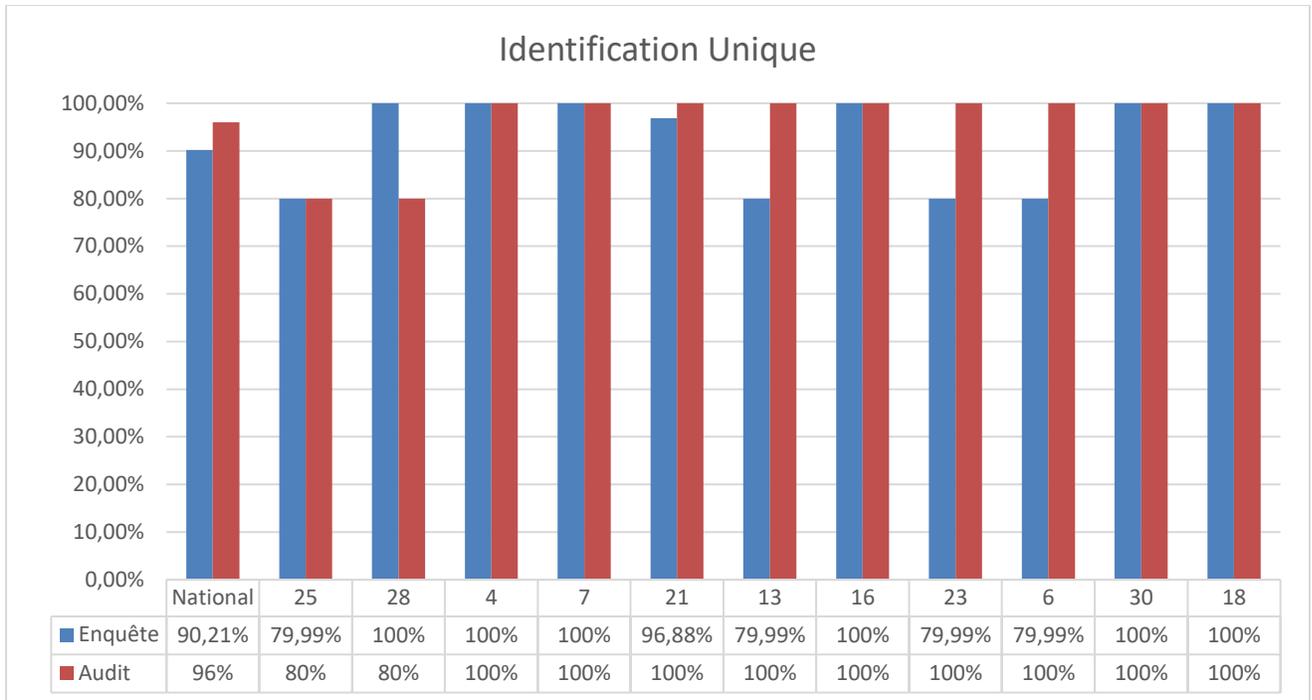


Figure 34: Comparaison du niveau d'identification unique entre l'enquête SPF et la situation auditée.

La majorité des institutions utilisent des systèmes d'exploitation ne nécessitant pas le ré-encodage du numéro d'identification du patient. Toutefois pour l'une ou l'autre institution, ce ré-encodage était requis pour consulter des éléments de dossier se trouvant dans des applications différentes.

Dans chaque institution, un numéro de patient unique est attribué ainsi qu'un numéro de séjour différencié pour chaque contact du patient avec l'institution.

5.2.3.2 PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

La situation est plus différenciée en ce qui concerne l'e-prescription ou prescription électronique des médicaments au sein des institutions (fig. 35).

Certaines institutions utilisent l'e-prescription pour la majorité de leurs unités voire la totalité. D'autres sont en cours de déploiement institutionnel et quelques-unes utilisent encore totalement la version papier.

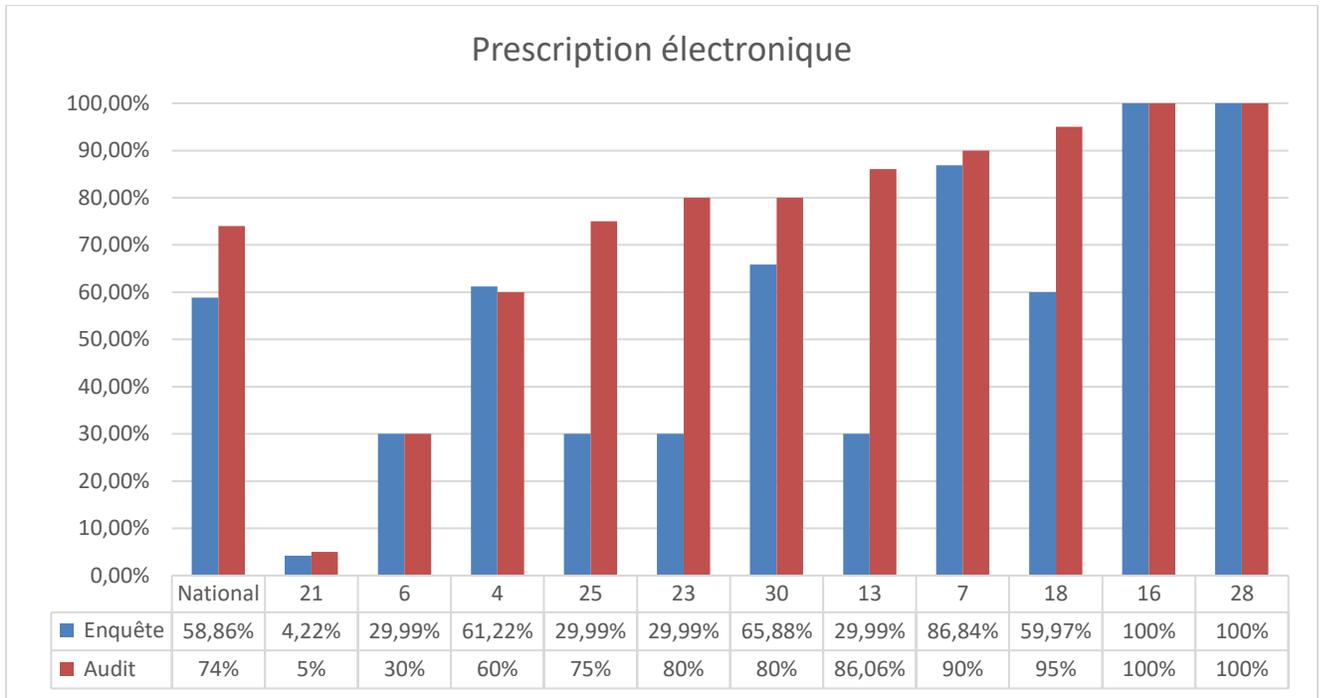


Figure 35: Comparaison de la population de prescription électronique selon l'enquête SPF et la situation auditée.

5.2.3.3 COMMUNICATION AUTOMATISÉE AVEC LE SYSTÈME HUB ET INTERACTIONS AVEC L'HEALTH

De manière générale, la situation est identique (fig.36). Le DPI ou le système informatisé d'archivage des dossiers patients est interconnecté au HUB (système d'échange d'informations médicales entre prestataires de soins) Ainsi , si le patient a donné son accord et qu'un lien thérapeutique a été créé, tous les documents se trouvant dans le système sont consultables par les intervenants externes à l'institution.

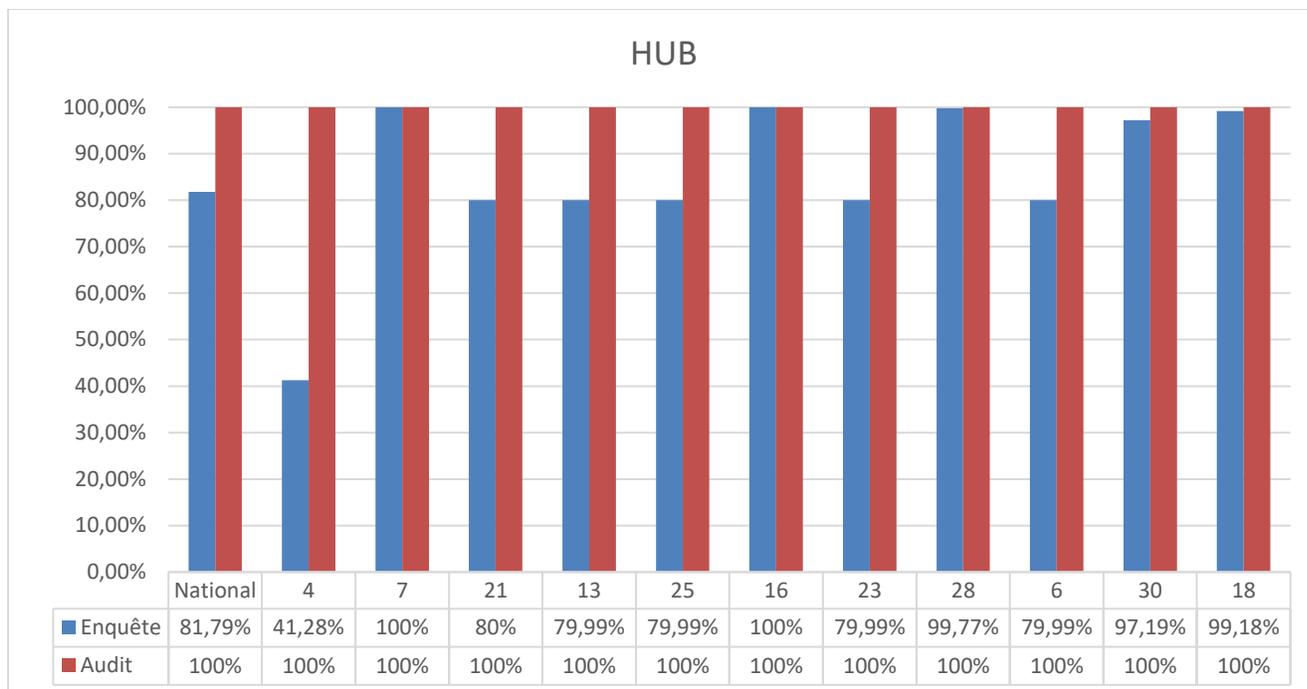


Figure 36: Comparaison du niveau de communication HUB selon l'enquête et la situation auditée.

5.2.4 Items infirmiers

Sur base d'une analyse descriptive de l'enregistrement des données DI-RHM pour les séjours concernés par la chirurgie bariatrique (voir annexe sur Portahealth pour le national et tableaux individuels), des réponses apportées au questionnaire concernant les items et l'observation des séjours audités, il est possible de mettre en évidence quelques points utiles à l'amélioration de l'enregistrement des données infirmières du RHM.

Les institutions ont répondu au questionnaire concernant les items infirmiers pouvant être scorés dans le cadre de la chirurgie bariatrique en référence à la situation actuelle, de manière à pouvoir mettre en évidence les améliorations effectuées à la lumière des dossiers audités pour l'année de référence 2016.

Lors de l'audit, aucun recodage de dossiers n'a été effectué mais certaines observations ont permis d'identifier quelques erreurs d'interprétation des règles de codage de certains items. Les observations faites et les conseils donnés doivent permettre aux institutions de réaliser des modifications dans leurs dossier patient en parallèle avec le nouveau manuel de codage du DI-RHM, version 2.0², d'application depuis le premier semestre 2018.

² https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/manuel_de_codage_di-rhm_-_septembre_2017_-_version_officielle_2.0.pdf



5.2.4.1 ITEM E100 : GESTION DES SYMPTÔMES : DOULEUR

La gestion de la douleur est un axe central de préoccupation dans la chirurgie bariatrique. Elle s'observe principalement au réveil et en post-opératoire immédiat. Les échelles EVA (Echelle Visuelle Analogique) et EN (?) sont les plus utilisées. Les consignes d'utilisation et les références de validité sont bien formalisées.

La plupart du temps, l'anesthésiste prévoit un schéma de gestion de la douleur indiquant les médicaments à administrer en fonction d'un seuil d'évaluation spécifique. Plusieurs institutions ont d'ailleurs instauré récemment le protocole 'programmes de récupération améliorée après chirurgie' (RAAC). Toutefois, il a pu être observé que parfois il n'y avait pas réellement de protocole de gestion infirmière de la douleur mais bien une mise en place d'un traitement de base qui est adapté en cas d'insuffisance.

En 2016, les dossiers audités ont mis en évidence un enregistrement injustifié de par l'absence de référence à un ordre permanent ou un ordre de gestion de la douleur.

Actuellement la mise en place de protocoles et l'implémentation du dossier infirmier facilitent et justifient davantage cet enregistrement.

5.2.4.2 ITEM E200 : GESTION DES SYMPTÔMES : NAUSÉES/VOMISSEMENTS

La gestion des nausées et/ou vomissements est également un axe prioritaire en parallèle de la gestion de la douleur dans la chirurgie bariatrique. Elle est également principalement observée au réveil et en post-opératoire. Les échelles les plus utilisées sont l'EVA, l'EN et l'INVR. Les consignes d'utilisation et les références de validité sont bien formalisées.

L'évaluation et la gestion des nausées suit la même feuille multimodale prescrite par l'anesthésiste. Toutefois, il a pu être observé que parfois il n'y avait pas réellement de protocole de gestion infirmière des nausées et/ou vomissements mais bien une mise en place d'un traitement de base qui est adapté en cas d'insuffisance.

En 2016, les dossiers audités ont mis en évidence un enregistrement injustifié de par l'absence de référence à un ordre permanent ou un ordre de gestion des nausées et/ou vomissements. Actuellement la mise en place de protocoles et l'implémentation du dossier infirmier facilitent et justifient davantage cet enregistrement.

5.2.4.3 ITEM G100 : GESTION DE LA BALANCE ALIMENTAIRE OU HYDRO-ÉLECTROLYTIQUE

Cet item est peu enregistré en hospitalisation dans le cadre de la chirurgie bariatrique de manière générale.



Les dossiers audités ont permis de constater que l'enregistrement de cet item correspond en unité de soins soit au poids à l'entrée du patient ou à sa sortie avec un calcul de la différence, soit à un suivi précis de sa diurèse en post-opératoire immédiat.

Aux soins intensifs, il correspond au calcul précis des bilans IN-OUT.

5.2.4.4 ITEM G300 : GESTION DE LA GLYCÉMIE

La gestion de la glycémie est enregistrée de manière générale en préopératoire, réveil et postopératoire de manière non systématique et uniquement chez des patients diabétiques ou dits 'à risque' et selon ordre médical spécifique. Dans ces situations, l'anesthésiste met en place un schéma d'insuline à suivre ou demande un suivi des glycémies en post-opératoire immédiat.

Les dossiers audités ont permis de mettre en évidence le plus souvent au réveil que certaines gestions de la glycémie consistaient uniquement en une simple détection sans référence à un schéma.

L'autre raison principale de non justification d'un enregistrement de cet item est l'absence d'appréciation des mesures même si elle est prévue dans le dossier.

Il a également été observé que des enregistrements avaient été effectués de manière erronée pour des soins réalisés par un membre de l'équipe diabétologie.

5.2.4.5 ITEM H200 : NOMBRE MÉDICAMENTS DIFFÉRENTS PAR VOIE IV ET H300 : FRÉQUENCE LA PLUS ÉLEVÉE MÉDICAMENTS PAR VOIE IV

Ces items sont essentiellement enregistrés pour la période de référence de 2016 au réveil et en post-opératoire.

Il s'agit principalement de perfusions d'entretien et de l'administration d'antidouleurs, d'antiémétiques et d'inhibiteurs de la pompe à protons.

En 2016, la prescription était réalisée de plusieurs manières possibles allant du simple support papier au passage par un outil d'encodage interne à l'e-prescription globalement intégrée au dossier patient.

L'évolution des techniques et l'implémentation de protocoles de type RAAC dans nombre d'institution ont permis de diminuer nettement l'administration des médicaments en intraveineux de manière à favoriser le plus rapidement possible la prise orale et la réduction de la durée de séjour.

5.2.4.6 ITEM L100 : SURVEILLANCE D'UNE PLAIE ET/OU D'UNE ZONE AVEC LÉSION DERMATOLOGIQUE ET/OU D'UN PANSEMENT ET/OU D'UN MATÉRIEL SANS SOIN DE PLAIE

Cet item est enregistré presque exclusivement au réveil et en post-opératoire.



La description de la plaie est prévue de manière très généralisée sur la feuille de transmission du bloc opératoire, mais la consultation des dossiers de 2016 a permis de mettre en évidence la fréquente absence de complétion de cet élément requis pour l'enregistrement de cet item.

5.2.4.7 ITEM N300 : PRÉLÈVEMENTS SANGUINS VEINEUX

Cet item est codé en général de manière non systématique et très dépendante du patient.

Le type de prélèvement et la validation de réalisation sont généralement bien notifiés.

Toutefois, dans plusieurs institutions, il a pu être observé que ces prélèvements étaient principalement réalisés par une équipe de prélèvements.

Il est rappelé que ces activités réalisées par du personnel de soutien ne peuvent être enregistrées dans le cadre du DI-RHM.

Une identification précise du prestataire doit permettre d'éviter un enregistrement erroné.

5.2.4.8 ITEM N500 : PRÉLÈVEMENTS SANGUINS CAPILLAIRES

Cet item est enregistré en parallèle de la gestion de la glycémie, dans le cadre de la chirurgie bariatrique.

Ce type de prélèvement n'est pas prévu de manière systématique dans le cadre de la chirurgie bariatrique et sa réalisation uniquement réalisées chez les patients diabétiques ou 'à risques'.

Le type de prélèvement et la validation de réalisation sont en général bien notifiés dans les dossiers.

5.2.4.9 ITEM S100 : EDUCATION SPÉCIFIQUE

Cet item est enregistré en préopératoire, réveil et postopératoire de manière générale.

Les sujets d'informations les plus fréquents concernent des informations relatives à la douleur, aux nausées-Vomissements, à la douche pré opératoire et majoritairement à l'éducation alimentaire qui est le plus souvent réalisée par la diététicienne.

Certaines de ces informations font partie du contexte des soins et n'auraient pas dû être enregistrées.

D'autre part, un rappel des directives d'enregistrement des activités infirmières doit être fait, dans la mesure où ces activités sont réalisées par du personnel faisant partie d'une équipe de soutien, car celles-ci ne peuvent être enregistrées dans le DI-RHM.

Il est apparu dans les dossiers audités que certains enregistrements étaient injustifiés en raison de l'absence de documentation suffisantes dans le dossier permettant d'identifier clairement la nature de l'information en lien avec un retour à l'autonomie du patient.

Toutefois, cet item n'a pas été investigué dans les dossiers de manière approfondie en raison des règles de codage modifiées et clarifiées récemment dans la version 2.0 du manuel de codage d'application depuis 2018 et limitant grandement les erreurs de codage de cet item.



5.2.4.10 ITEM S200 : SENSIBILISATION / EDUCATION CONCERNANT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE OU UN EXAMEN DIAGNOSTIC

Cet item n'est pratiquement enregistré qu'en période préopératoire à juste titre.

Cet item n'a pas été investigué dans les dossiers de manière approfondie en raison des règles de codage modifiées et clarifiées récemment dans la version 2.0 du manuel de codage d'application depuis 2018 et limitant grandement les erreurs de codage de cet item.

5.2.4.11 ITEM V300 : SURVEILLANCE DES PARAMÈTRES VITAUX : MONITORING CONTINU

Cet item est enregistré principalement au réveil ainsi qu'aux soins intensifs.

Il s'agit de paramètres suivis à l'aide d'un appareil de monitoring de manière systématique au réveil et aux soins intensifs.

Dans les dossiers audités pour l'année de référence de 2016, il a été observé des enregistrements injustifiés en raison de l'absence d'une identification claire du caractère continu de la mesure.

La seconde raison principale est liée à l'enregistrement de la tension artérielle mesurée au brassard de manière automatique. Les règles de codage valable pour les données 2016 ne permettaient pas cet enregistrement. Les règles de codage d'application depuis juillet 2018, par contre permettent de prendre cette mesure en considération pur l'enregistrement de cet item.

5.2.4.12 ITEMS V400 : SURVEILLANCE DES PARAMÈTRES VITAUX : MONITORING DISCONTINU

Cet item est enregistré en préopératoire, réveil et postopératoire.

Il s'agit de paramètres suivis tels que la température, le pouls, la tension artérielle, la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène.

Ces paramètres sont généralement notifiés de manière claires et précises ainsi que la validation de leur réalisation.

5.2.4.13 ITEM Z100 : EVALUATION FONCTIONNELLE, MENTALE, PSYCHO-SOCIAL

Cet item n'est quasiment pas enregistré dans le cadre de la chirurgie bariatrique.



6 Synthèse de toutes les suggestions des hôpitaux audités

Quelques suggestions et réflexions ont été émises par les équipes de chirurgie bariatrique rencontrées dont voici le résumé est repris ci-dessous.

Suggestions concernant les critères de remboursement de la chirurgie bariatrique

- Déroger aux critères de la nomenclature pour le remboursement de la chirurgie bariatrique pour des cas exceptionnels :
 - ✓ Patient très motivé avec un âge <18 ans, si présence d'indications cliniques strictes ;
 - ✓ Patient en attente de transplantation rénale ;
 - ✓ Patient diabétique ayant un BMI entre 30 et 35.
- Remplacer le critère « Suivi d'un traitement par régime durant au moins 1 an par le patient » par « Documentation du suivi d'un traitement par régime pendant 6 mois dans un centre avec un remboursement lié à l'assiduité ». Ceci permettrait un meilleur contrôle de ce critère.
- Ajouter de nouveaux critères de remboursement :
 - ✓ Perte de poids avant l'intervention afin d'évaluer la motivation du patient ;
 - ✓ Présence d'un syndrome métabolique (à définir par un consensus clair).
- Revoir, d'un point de vue éthique, la pertinence de la chirurgie bariatrique réalisée chez de très jeunes patients répondant aux critères de remboursement (durée de la prise en charge plus longue).
- Etablir un contrat avec les patients exigeant une remise à l'effort en préopératoire, un régime avec diminution de la valeur du BMI, comme condition de remboursement.

Suggestions concernant le financement du trajet de soins

- Financement d'un cadre administratif, coordinateur/personne de contact, pour le centre d'obésité ;
- Financement des prestataires qui participent à la concertation multidisciplinaire, par analogie avec la concertation multidisciplinaire oncologique ;
- Financement de la prise en charge pré- et postopératoire :
 - ✓ Selon les modèles hollandais et australien : remboursement de consultations diététiques, psychologiques et d'une activité physique régulière en postopératoire uniquement si le patient s'y présente, ou paiement à la consultation et remboursement à la consultation suivante ;
 - ✓ Contribution financière pour les médecins traitants et autres prestataires permettant de mieux les impliquer dans tout le trajet de soins. Ceci permettrait un meilleur suivi des patients obèses et une meilleure prévention des complications postopératoires tardives ;
- Prise en charge financière éventuelle du matériel d'intervention par l'assurance maladie ;
- Attribution d'un code de compétence distinct à un médecin porteur d'une attestation en nutrition.

Suggestions concernant les codes de la nomenclature

- Création de nouveaux codes de NPS pour :



- ✓ Réinterventions bariatriques à effectuer uniquement dans des centres spécialisés et dont le financement sortirait du cadre législatif des soins à basse variabilité ;
 - ✓ Réinterventions bariatriques en raison du temps et du risque opératoire ;
 - ✓ Autres techniques, ex. le Tore- Transoral Outlet Reduction réalisée après bypass ou le « Endoscopic sutured gastroplasty » (Endoluminal gastroplasty as treatment of obesity by Endomina™) (proposé par un gastro-entérologue);
 - ✓ Consultation d'un patient obèse, dans le cadre de la chirurgie bariatrique, chez le psychologue et chez le diététicien;
 - ✓ Chirurgie de complications précoces ou tardives (de plus en plus fréquentes) après chirurgie bariatrique, ex. rétablissement de transit suite à des sténoses cicatricielles ou bypass agressifs ;
- Clarification de la facturation à appliquer lors d'une double intervention réalisée dans le même champ opératoire, ex. chirurgie bariatrique et intervention pour hernie hiatale.

Autres remarques générales :

- Nécessité d'une autorité académique pour mettre un frein à l'activité clandestine, sources de nombreuses complications, vu le taux élevé de chirurgie bariatrique en Belgique ;
- Nécessité de gérer les complications de la plicature gastrique réalisée dans d'autres institutions qui l'attestent comme cholécystectomie ou cure d'hernie hiatale ;
- Création d'un trajet de soins bariatrique authentique ou d'une filière pré- et postopératoire bien conduite à appliquer dans chaque centre pratiquant cette spécialité ;
- Investir massivement dans des campagnes de prévention pour juguler ce flot croissant de patients obèses en souffrance ;
- Création d'une convention pour le suivi postopératoire, par analogie à la convention du patient diabétique ;
- Création de centres assurant la prise en charge des adolescents obèses ;
- Révision du mode de transmission de l'Annexe 77 et diminution des contraintes administratives relatives à cette annexe comme les réintroductions nécessaires en cas de modification de la date opératoire ;
- Importance d'insister sur la motivation du patient tout au long du trajet de soins quant à son comportement alimentaire (ex. développement d'une application web...) ;
- Automatisation d'un enregistrement national des cas de chirurgie bariatrique, par analogie au registre du cancer.

7 Autres observations relevées par le service audit

7.1 Réinterventions

Trente-quatre séjours sur les 228 examinés concernent des patients qui sont hospitalisés pour une « réintervention » de chirurgie bariatrique (cf. fig.37). Ces patients ont subi antérieurement une



intervention par banding dans 59 % des cas et une intervention de type bypass ou sleeve dans 18 % des cas. Dans 23 % des cas, la première intervention bariatrique n'est pas définie.

Après banding, 65 % des patients bénéficient d'un bypass et 30 % d'un sleeve. Un patient a subi à nouveau une intervention par banding. Signalons qu'une intervention de type sleeve, réalisée chez un patient dont le BMI est inférieur à 35 (27,8), a été attestée par le code de nomenclature 241485 « Gastrectomie subtotale ».

En ce qui concerne les 3 patients qui ont subi précédemment un bypass, les réinterventions ont consisté en une intervention selon la technique minibypass, distalisation de l'anse grêle et sleeve. Pour le patient en récurrence d'obésité après bypass et chez qui une distalisation de l'anse grêle a été réalisée, le code de nomenclature 243246 « Résection segmentaire du grêle » a été attesté. L'intervention de type sleeve après le bypass initialement réalisé correspond à une résection de la dilatation gastro-jéjunale.

Après une première intervention par sleeve, 2 patients ont été opérés d'un bypass et un patient selon la technique minibypass.

Intervention préalable	Nbr	%	Réintervention	Nbr	%
Banding	20	59%	Bypass	13	65%
			Sleeve	6	30%
			Banding	1	5%
Bypass	3	9%	Minibypass	1	33%
			Distalisation grêle	1	33%
			Sleeve	1	33%
Sleeve	3	9%	Bypass	2	67%
			Minibypass	1	33%
Inconnu	8	23%	Bypass	5	62%
			Sleeve	2	25%
			Banding	1	13%

Figure 37: Répartition des réinterventions.

7.2 Codes attestés et interventions effectivement réalisées

Parmi 27 patients, pour lesquels un code de nomenclature correspondant à une intervention de type bypass a été attesté (241846), ont été effectivement réalisées :

- Technique de type minibypass (24 patients) ;
- Intervention de type sleeve (2 patients) ;
- Technique de type SADI (1 patient).

Un code de nomenclature correspondant à une gastroplastie de réduction de type sleeve (241780) a également été attesté pour un patient ayant bénéficié d'un minibypass. Pour 5 patients ayant effectivement bénéficié d'une intervention bariatrique de type sleeve, ont été attestés :

- Codes de nomenclature correspondant au bypass (241846) (2 patients) ;



- Code de nomenclature 241485 « Gastrectomie subtotale », le BMI étant répertorié à 27,8 (1 patient);
- Code de banding (241824) (1 patient);
- Code de nomenclature 588302 « Honoraires pour l'examen anatomo-pathologique par inclusion et coupe d'autant de prélèvements que nécessaire quel que soit le nombre de coupes et quel que soit le nombre d'organes examinés, y compris l'examen macroscopique éventuel des pièces opératoires suivantes : - mammectomie partielle avec évidement ganglionnaire, - mammectomie totale avec ou sans évidement ganglionnaire, - pneumectomie partielle ou totale, - résection partielle ou totale de l'œsophage, - évidement ganglionnaire inguinal bilatéral, - évidement de deux ou plusieurs groupes de ganglions du cou, - tumorectomie du plancher buccal avec ou sans mandibulectomie, - tumorectomie du palais avec ou sans maxillectomie, - maxillectomie totale, - gastrectomie partielle ou totale, - résection de l'intestin grêle, - colectomie partielle ou totale, - duodéno pancréatectomie, - hystérectomie radicale, totale ou subtotale, - résection abdominopérinéale, - laryngectomie partielle ou totale, - cystectomie totale, - amputation totale du pénis, - néphrectomie totale, - prostatectomie totale (avec vésicules séminales), - résection cardiaque, - bloc cœur poumons complet, - hépatectomie totale, - pelvectomie totale, - vulvectomie totale, - fœtus de 14 à 24 semaines y compris (1 patient) ».

Neuf gastroplasties de réduction, attestées comme des interventions de type sleeve (241780), ont été réalisées selon la technique de Magenstrasse and Mill. Le code de nomenclature attesté pour une intervention de type résection de la dilatation gastro-jéjunale suite à un bypass réalisé antérieurement est celui d'une gastroplastie de réduction de type sleeve (241780).

Une réintervention bariatrique (antécédent de bypass) consistant en une distalisation de l'anastomose a été attestée comme « Résection segmentaire du grêle » (code de nomenclature 243246), aucun code de nomenclature n'existant pour ce type d'intervention.

Deux patients, dont le BMI est inférieur à 35, ont subi respectivement une intervention de type bypass et de type banding, les codes de nomenclature 243342 « Intervention pour obstruction intestinale (étranglement herniaire excepté) » et 241043 « Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale » ayant été attestés. Enfin, une intervention bariatrique consistant en un agrafage intragastrique réalisé par un gastro-entérologue a été réalisé chez un patient sans comorbidité et dont le BMI est inférieur à 40. Pour ce patient, le code 473060 « Examen du tube digestif supérieur par endoscopie » a été attesté.



8 Discussion

8.1 Résultats globaux, trajet de soins et séjours audités

Le graphique radar (Fig. 38) représente les résultats des 9 critères analysés pour les 12 séjours audités au sein des 19 hôpitaux. Vu le nombre d'hôpitaux examinés limités (19/97) et le fait que ceux-ci ont été sélectionnés parmi les hôpitaux avec le plus grande nombre d'interventions, une extrapolation n'a pas été effectuée.

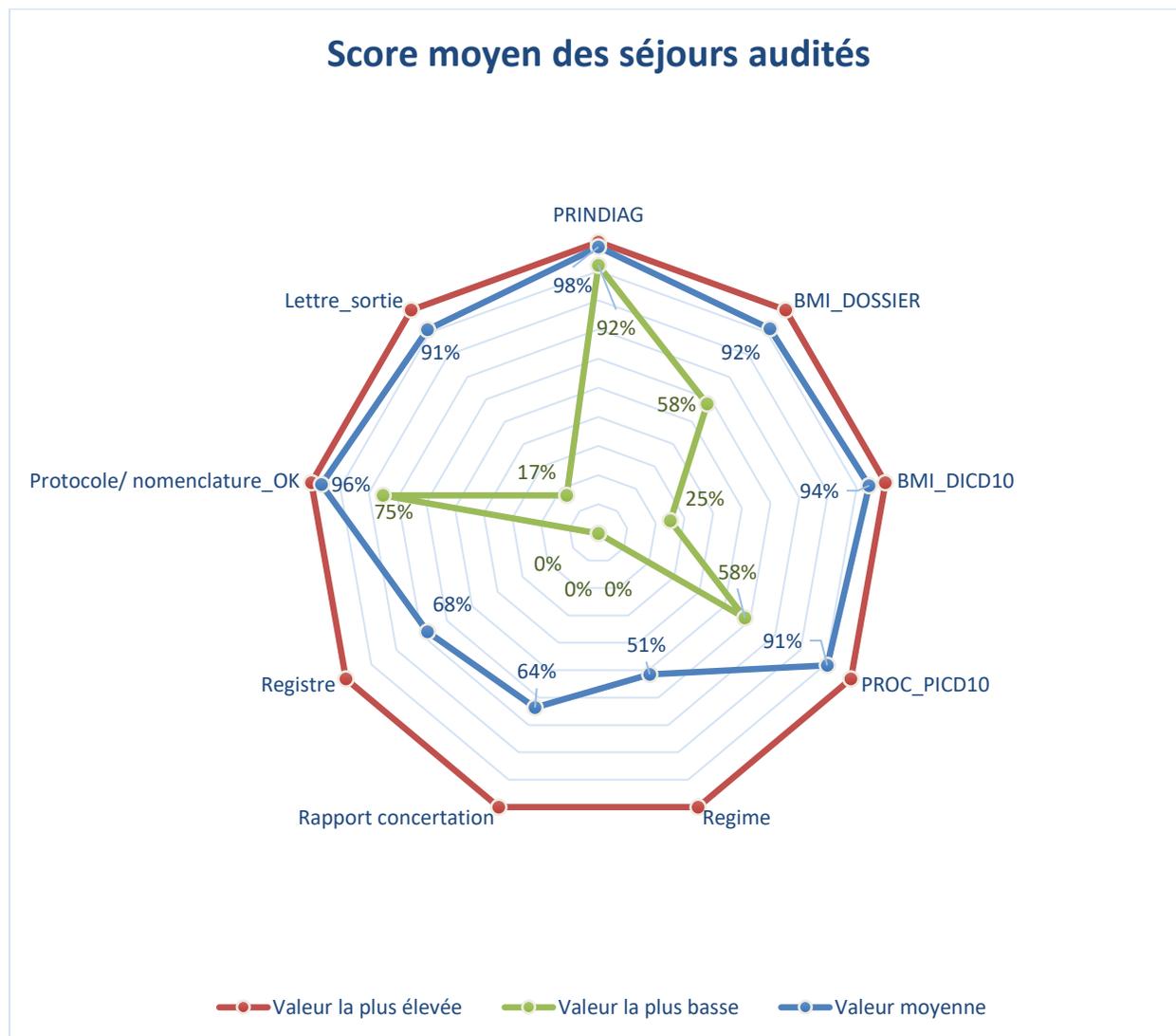


Figure 38: Score le plus bas, moyen et le plus élevée de tous les séjours audités pour 9 items.

Trois critères (PRINDIAG, BMI-DICD10, PROC_PICD10) sont basés sur le codage selon l'ICD-10-BE en vigueur depuis le 01/01/2015. Cinq critères (fichier BMI, régime alimentaire, consultation multidisciplinaire, registre, adéquation protocole opératoire /nomenclature) proviennent de l'article 14d de la nomenclature des soins de santé concernant la chirurgie bariatrique (annexe à l'AR du 14/09/1984)



et de l'article 22bis et ter du règlement des soins de santé (RSS du 28/07/2003). Le critère « lettre de sortie » est défini par l'arrêté royal du 3 mai 1999 fixant les conditions minimales générales auxquelles doit satisfaire le dossier médical visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Le score attendu est de 100% pour l'ensemble des critères puisqu'ils entrent en ligne de compte pour les conditions de remboursement de l'INAMI et pour le financement des séjours via le BMF.

8.1.1 Bilan préopératoire

Il apparaît qu'au sein du service de chirurgie bariatrique des 19 hôpitaux audités, le patient se présente majoritairement de lui-même et est très peu référencé par le médecin traitant (excepté pour 2 hôpitaux) ou par un spécialiste. Le médecin traitant n'a ainsi pas souvent un rôle actif dans l'initiation de la chirurgie.

L'étude du bilan préopératoire du patient pris en charge en chirurgie bariatrique montre une disparité en termes de consultations et de type d'examen complémentaires réalisés. Cette disparité peut s'expliquer par l'absence de recommandations belges relatives à la prise en charge chirurgicale chez l'adulte.

Des consultations préopératoires sont systématiquement réalisées, au sein des 19 hôpitaux audités, chez le chirurgien, chez le psychiatre/psychologue clinicien et au sein de 18 hôpitaux chez le diététicien/nutritionniste. Les autres consultations préopératoires varient, d'un hôpital à l'autre, tant au niveau de la fréquence que du type de spécialiste consulté.

En préopératoire, les hôpitaux audités programment systématiquement une échographie et une gastroscopie dans respectivement 74 % et 89 % des cas, ce qui a pu se vérifier lors de l'analyse des séjours de chirurgie bariatrique. Un OED est réalisé systématiquement dans 11% des cas (2 hôpitaux) et selon l'état clinique dans 47 % des cas. Des examens de type polygraphie, dexaméthasone test, manométrie (en cas de sleeve), breath test sont systématiquement réalisés dans une institution distincte. Dans un des hôpitaux audités, le bilan préopératoire et les divers examens sont effectués lors d'une hospitalisation de 2 jours/1 nuitée.

La durée du trajet préopératoire, c'est-à-dire la durée entre la première consultation et l'intervention, est inférieure à 4 mois dans 63% des cas, comprise entre 4 et 6 mois dans 32% des cas et supérieure à 6 mois dans 5% des cas. En France, la Haute autorité de la santé³ propose une phase préopératoire d'une durée minimale de six mois. En Suisse, les directives de la Swiss Society for the Study of Morbid Obesity⁴ sur délégation de l'Office fédéral de la santé publique, prévoient un intervalle minimum de trois mois.

8.1.2 Information du patient

Pour tous les hôpitaux audités, l'information aux candidats pour une chirurgie bariatrique est prodiguée directement par les spécialistes. La moitié des hôpitaux organise également des sessions d'information collective et 17 hôpitaux mettent des brochures d'informations à la disposition des patients.

³ www.has-sante.fr

⁴ www.smob.ch



8.1.3 REGIME (item 18)

ART14.D DE LA NPS.

(...)

AR 3.8.2007 (EN VIGUEUR 1.10.2007)

CES PRESTATIONS NE SONT REMBOURSABLES QU'AUX CONDITIONS SUIVANTES :

(...)

3° AVOIR SUIVI PENDANT AU MOINS 1 AN UN TRAITEMENT PAR UN RÉGIME DOCUMENTÉ SANS OBTENIR DE RÉSULTAT STABLE;

4° (...) LE RAPPORT DE LA CONCERTATION AINSI QUE LES DONNÉES RELATIVES AU TRAITEMENT PAR RÉGIME SE RETROUVENT DANS LE DOSSIER MÉDICAL.

(....)

Le score moyen pour le régime est de 51%. La nature, durée (au moins 1 an) et efficacité du régime ne sont souvent pas vérifiables et il s'agit la plupart du temps d'une déclaration de l'assuré. Le plus souvent, l'anamnèse diététique évoque des antécédents de régimes, sur parole du patient, mais sans précision au niveau des dates et des durées. Les informations relatives aux régimes antérieurs sont absentes dans les dossiers médicaux audités des patients de 3 institutions.

Un hôpital atteint le score de 100 % grâce à une bonne coordination, une bonne collaboration avec le médecin traitant qui a répertorié les différents régimes suivis par le patient.

Les institutions auditées mentionnent la difficulté de répertorier, de façon documentée, le régime suivi par les patients autrement que sur parole de ces derniers. La collaboration avec le médecin traitant pourrait contribuer à une meilleure documentation. Dans ce cadre, une convention pourrait être conclue entre le patient, le médecin traitant et le service de prise en charge des patients obèses.

Il est à signaler qu'un des critères pour bénéficier de l'intervention de chirurgie bariatrique en Suisse⁵, est que le patient ait déjà dans son parcours au minimum deux ans de traitements conventionnels sans résultat. Ces deux années exigées ne doivent pas forcément être consécutives ni précéder directement l'intervention. Elles comprennent non seulement les éventuels régimes et traitements médicamenteux, mais également les traitements psychologiques.

8.1.4 CBM (item 19)

ART14.D DE LA NPS.

(...)

AR 3.8.2007 (EN VIGUEUR 1.10.2007) + AR 29.4.2008 (EN VIGUEUR 1.6.2008)

CES PRESTATIONS NE SONT REMBOURSABLES QU'AUX CONDITIONS SUIVANTES :

(...)

4° APRÈS UNE CONCERTATION BARIATRIQUE MULTIDISCIPLINAIRE EFFECTUÉE AU PRÉALABLE À LAQUELLE PARTICIPENT CONJOINTEMENT ET AU MOINS OUTRE LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE, UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN MÉDECINE INTERNE, ET UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN PSYCHIATRIE, OU UN PSYCHOLOGUE CLINIQUE. LE RAPPORT DE CETTE CONCERTATION EXPLICITANT L'INDICATION OPÉRATOIRE DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR LES TROIS

⁵ <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-467/Chirurgie-bariatrique-quelle-est-la-duree-ideale-de-l-itineraire-preoperatoire>



PARTICIPANTS DES DISCIPLINES PRÉCITÉES. LE RAPPORT DE LA CONCERTATION AINSI QUE LES DONNÉES RELATIVES AU TRAITEMENT PAR RÉGIME SE RETROUVENT DANS LE DOSSIER MÉDICAL.(...)

Dans 4 hôpitaux audités, le chirurgien n'organise pas de CBM. Dans les 15 hôpitaux où le chirurgien organise une CBM, 7 équipes de chirurgie bariatrique rédigent un rapport signé et daté conforme à la NPS.

Pour les séjours audités, le score moyen pour la concertation bariatrique multidisciplinaire est de 64%. Dix hôpitaux ont un score supérieur à la moyenne dont 4 ont un score de 100%. En outre, 9 hôpitaux sur 19 n'atteignent pas le score moyen de 64%. Pour deux d'entre eux, cette concertation bariatrique multidisciplinaire est inexistante. Les obstacles évoqués par les hôpitaux à l'organisation d'une telle consultation sont souvent de nature financière et/ou organisationnelle (par exemple, la signature électronique).

L'objectif de ce rapport de CBM est principalement de montrer qu'il existe une concertation entre tous les prestataires concernés avec une décision commune et fondée sur l'indication opératoire.

8.1.5 Techniques chirurgicales

En ce qui concerne le type de chirurgie attestée par les 97 hôpitaux, le bypass et la sleeve représentent respectivement 59 % et 32 % des interventions bariatriques (Cf. fig. 1). La technique du banding est, dans l'ensemble, moins fréquente (2 % des interventions), bien qu'elle représente au moins 5 % des interventions bariatriques dans 8 institutions. L'une d'entre elles se distingue des autres, par une pratique du banding représentant 60 % de ses séjours de chirurgie bariatrique. Or, il s'avère que le banding a une efficacité modérée et des effets moindres sur la perte poids par rapport au bypass et à la sleeve, et se caractérise surtout à long terme par des taux élevés de reprise de poids et de complications amenant de fréquentes réinterventions (jusqu'à 40 à 50 %) ⁶.

L'attestation d'autres codes de nomenclature représente 7% des séjours (1109 séjours) (fig.1). Parmi ceux-ci, le code 241043 « Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale » est attesté dans 25% des cas (figure 2). Rappelons qu'il s'agit des codes facturés dans le cadre de séjours classés dans un APR-DRG 403 et/ou dont le diagnostic principal est issu de la catégorie E66 et classés dans un APR-DRG chirurgical.

Pour les 19 hôpitaux audités, les indications et contre-indications du bypass et de la sleeve sont reprises au point 5.2.1.2. A noter que pour 1 hôpital, la maladie de Crohn n'est pas une contre-indication à la chirurgie bypass. Dans le cadre d'une intervention de type sleeve, un hôpital réalise systématiquement

⁶ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Bariatric surgery : An HTA report on the efficacy, safety and cost-effectiveness, 2019. Disponible à partir : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_316_Bariatric_surgery_Report_0.pdf



une cholécystectomie et 6 hôpitaux en cas de lithiases vésiculaires asymptomatiques. Lors d'une opération de type bypass, 3 hôpitaux pratiquent une cholécystectomie systématiquement et 9 hôpitaux en cas de lithiases vésiculaires symptomatiques.

Trente-quatre séjours sur les 228 examinés concernent des patients qui sont hospitalisés pour une « réintervention » de chirurgie bariatrique (cf. fig.37). Il s'agit principalement de patients qui ont subi antérieurement une intervention par banding (20 séjours représentant 59 % des cas). Parmi eux, 13 patients bénéficient d'un bypass (65%), 6 patients d'un sleeve (30%) et 1 patient d'un banding (5%). Ceci rejoint les constatations du KCE sur, entre autres, le taux élevé de réinterventions après banding et donc sur le caractère obsolète de celui-ci.

8.1.6 Suivi postopératoire

L'étude du bilan postopératoire du patient opéré montre, comme pour le bilan préopératoire, une disparité en termes de consultations et de type d'examens complémentaires réalisés.

En postopératoire, 37 % des hôpitaux audités réalisent systématiquement un OED (7 hôpitaux) et 21 % un test au bleu de méthylène (4 hôpitaux). Le bilan biologique est réalisé systématiquement dans 71 % des cas (10 hôpitaux).

Des consultations postopératoires sont organisées par les hôpitaux et généralement sur une période de 2 ans. Des consultations sont systématiquement réalisées chez le chirurgien dans 95 % des cas, chez le psychiatre/psychologue clinicien dans 28 % des cas (5 hôpitaux), chez le diététicien/nutritionniste dans 89 % des cas (16 hôpitaux) et chez l'endocrinologue dans 13 % des cas (2 hôpitaux). Les autres consultations postopératoires varient, d'un hôpital à l'autre, au niveau de la fréquence et du type de spécialiste consulté, souvent en fonction de l'état clinique du patient. Il faut souligner que les patients consultent de moins en moins la deuxième année postopératoire, souvent pour une raison financière.

Concernant la gestion de la douleur, 9 hôpitaux sur les 97 placent une pompe analgésique PCA après chirurgie bariatrique dans plus de 70 % des cas (identifiée par le code de nomenclature 202344) et 34 hôpitaux n'en attestent pas au cours de l'année 2016.

Au sein des 19 hôpitaux audités, 11 n'ont pas utilisé de pompe analgésique PCA, 2 l'utilisent presque systématiquement. L'utilisation des AINS est assez controversée, certains hôpitaux considèrent que ce type de chirurgie représente une contre-indication absolue aux AINS tandis que d'autres les utilisent systématiquement en postopératoire.

Concernant la prévention anti thrombotique au sein des hôpitaux audités, elle est assurée par l'injection d'héparine de bas poids moléculaire pour les 19 hôpitaux. Le port de bas de contention est utilisé dans 17 hôpitaux, 4 hôpitaux utilisent la compression intermittente et 4 hôpitaux proposent de la kinésithérapie.



8.1.7 REGISTRE (item 29)

ART14.D DE LA NPS

(...) CES PRESTATIONS NE SONT REMBOURSABLES QU'À AUX CONDITIONS SUIVANTES :

AR 13.6.2010 (EN VIGUEUR 1.09.2010)

(...)

6° UN REGISTRE DE L'ENSEMBLE DES INTERVENTIONS BARIATRIQUES EST TENU PAR HÔPITAL. LES MODALITÉS DE CET ENREGISTREMENT SONT FIXÉES PAR LE COMITÉ DE L'ASSURANCE.

(...)

RÈGLEMENT DU 28 JUILLET 2003 PORTANT EXÉCUTION DE L'ARTICLE 22, 11° DE LA LOI RELATIVE A L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE ET INDEMNITÉS, COORDONNÉE LE 14 JUILLET 1994

NOTIFICATION ET ENREGISTREMENT D'UNE INTERVENTION BARIATRIQUE

ART 22BIS 01/09/2010 : LA NOTIFICATION POUR INTERVENTION BARIATRIQUE VISÉE SOUS L'INTITULÉ "TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ" À L'ARTICLE 14, D), 5°, DE LA NOMENCLATURE EST ÉTABLIE CONFORMÉMENT AU MODÈLE REPRIS À L'ANNEXE 77.

ART22TER 01/09/2010 : LE REGISTRE VISÉ SOUS L'INTITULÉ "TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ" À L'ARTICLE 14, D), 6°, DE LA NOMENCLATURE EST TENU DE FAÇON ÉLECTRONIQUE. IL CONTIENT AU MOINS LES DONNÉES QUI SONT REPRIS DANS LA NOTIFICATION VISÉE À L'ARTICLE 22BIS.

Le registre bariatrique doit contenir, au moins, les données du formulaire de notification (Annexe 77). Cela inclut les détails d'identification du patient et de l'hôpital, la procédure prévue, la date de la procédure prévue, les indications de la procédure (critère principal du BMI et toute indication supplémentaire ou réintervention).

Le score moyen pour le registre est de 68 %. Un registre des interventions bariatriques est tenu par 15 hôpitaux sur les 19 et dans 6 d'entre eux, certaines informations prévues par le Comité de l'assurance sont manquantes. Dans 4 hôpitaux, le registre est absent.

Le registre sous sa forme actuelle n'est pas adapté pour la recherche et/ou à des fins statistiques. Un registre standardisé pourrait être la solution. Il existe actuellement d'autres registres internationaux comme iBAR "iBAR-International BAriatric Registry", SOFFCO.MM⁷ (Société Française et francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques), IFSO⁸ (International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders),...

⁷ <https://soffcomm.org/>

⁸ <http://www.ifso.com/>



8.1.8 PRINDIAG (item 07)

Le choix du diagnostic principal du séjour doit répondre aux directives de codage (manuel de codage ICD-10-BE 2015). Le score moyen pour cet item est de 98 % et ne fait l'objet d'aucune remarque particulière.

8.1.9 BMI (item 08)

ART14.D DE LA NPS

(...)

CES PRESTATIONS NE SONT REMBOURSABLES QU'AUX CONDITIONS SUIVANTES :

AR 13.6.2010 (EN VIGUEUR 1.09.2010)

1° AU MOMENT DE L'INDICATION CHIRURGICALE BMI => 40 OU BMI => 35 EN COMBINAISON AVEC AU MOINS UN DES CRITÈRES SUIVANTS :

A) DIABÈTE TRAITÉ PAR MÉDICAMENTS;

B) HYPERTENSION RÉSIANT AU TRAITEMENT DÉFINIE COMME UNE PRESSION SANGUINE > 140/90MMHG, MALGRÉ UN TRAITEMENT PENDANT 1 AN AU MOYEN D'UNE PRISE SIMULTANÉE DE 3 ANTIHYPERTENSEURS;

C) SYNDROME D'APNÉE DU SOMMEIL OBJECTIVÉ AU MOYEN D'UN EXAMEN POLYSOMNOGRAPHIQUE RÉALISÉ DANS UN CENTRE AYANT CONCLU UNE CONVENTION COMME STIPULÉ À L'ARTICLE 22, 6° ET 23, § 3, DE LA LOI RELATIVE À L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ ET INDEMNITÉS DU 14 JUILLET 1994, EN CE QUI CONCERNE LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU SYNDROME D'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL;

D) RÉINTERVENTION APRÈS COMPLICATION OU RÉSULTAT INSUFFISANT D'UNE INTERVENTION BARIATRIQUE PRÉCÉDENTE;

(...)

Le BMI défini au moment de l'indication opératoire est déterminé lors de la 1^{ère} consultation effectuée par le chirurgien.

Le score moyen dans les séjours audités pour cet item est de 92 %. Huit pourcents des séjours audités ne répondent pas à ce critère de remboursement tel que défini dans la NPS.

8.1.10 ICD-10-BE BMI (item 09)

La figure 6 (nombre et pourcentage d'interventions de chirurgie bariatrique par catégorie de BMI) montre que 4% des séjours dans les 97 hôpitaux présente un BMI inférieur à 35.

La figure 8 (pourcentage de séjours bariatriques sans codage ICD-10-BE du BMI) montre que 3 hôpitaux sur les 97 hôpitaux se distinguent des autres avec 15%, 25 % et 70 % d'absence de codage du BMI.

Un hôpital sur les 19 hôpitaux audités présente un score de 75 % d'absence de codage du BMI, 4 hôpitaux présentent un score de 8% d'absence de codage du BMI.



L'enregistrement du code du BMI du séjour doit répondre aux directives de codage (manuel de codage ICD-10-BE 2015). Le score moyen pour cet item est de 94 %.

Sous la catégorie E66 (overweight and obesity), une note d'instruction exige l'enregistrement d'un code supplémentaire de la catégorie Z68.- afin d'identifier le BMI, s'il est connu.

Le BMI est certainement pertinent pour le séjour de chirurgie bariatrique et devrait être codé or l'absence de l'enregistrement du code du BMI est souvent expliquée par l'absence de l'information (BMI, poids et taille) dans le dossier.

A noter que le BMI calculé durant l'hospitalisation peut différer du BMI calculé au moment de l'indication opératoire par le chirurgien.

8.1.11 PROTOCOLE EN ADÉQUATION AVEC LE CODE DE NOMENCLATURE (item 23)

Le score moyen pour ce critère est de 96 %. Pour 14 hôpitaux, le score est de 100 % et pour 5, le score varie entre 75 % et 92 %. Ceci est expliqué soit par des codes de nomenclature attestés inexacts, soit par l'inexistence d'un code adéquat (information détaillée au point 7.2 « Codes attestés et interventions effectivement réalisées »).

En effet, certains codes de nomenclature sont incorrectement attestés chez des patients dont le BMI est inférieur à 35, par exemple, les codes de nomenclature 241485 « Gastrectomie subtotale », 243342 « Intervention pour obstruction intestinale (étranglement herniaire excepté) » et 241043 « Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale » chez des patients ayant subi respectivement une intervention bariatrique de type sleeve, bypass et banding.

Par ailleurs certains codes de nomenclature sont attestés faute de codes adéquats. Notamment, une réintervention bariatrique (antécédent de bypass) consistant en une distalisation de l'anastomose a été attestée comme « Résection segmentaire du grêle » (code de nomenclature 243246).

Certaines interventions bariatriques ne sont pas précisées dans la nomenclature relative à la chirurgie bariatrique, comme le minibypass ou la résection de la dilatation gastro-jéjunale (antécédent de bypass) et attestés respectivement par les codes correspondant au bypass et à celui d'une gastroplastie de réduction de type sleeve (241780).

Rappelons d'une part que toute nouvelle technique opératoire devrait suivre le modèle IDEAL tel que décrit dans le rapport du KCE relatif à la chirurgie bariatrique du 13 juin 2019⁹. D'autre part, pour les patients candidats à une chirurgie bariatrique ne répondant pas aux critères de remboursement de la

⁹ <http://www.ideal-collaboration.net/>



nomenclature des prestations de santé, aucun autre code de la NPS ne peut être attesté, conformément à la règle interprétative reprise ci-dessous :

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

RÈGLES INTERPRÉTATIVES DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTÉ

SUR PROPOSITION DU CONSEIL TECHNIQUE MÉDICAL DU 28 AVRIL 2009 ET EN APPLICATION DE L'ARTICLE 22, 4° BIS, DE LA LOI RELATIVE À L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ ET INDEMNITÉS, COORDONNÉE LE 14 JUILLET 1994, LE COMITÉ DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ A ÉTABLI LE 16 NOVEMBRE 2009 LA RÈGLE INTERPRÉTATIVE SUIVANTE :

RÈGLES INTERPRÉTATIVES RELATIVES AUX PRESTATIONS DE L'ARTICLE 14 D) - CHIRURGIE ABDOMINALE - DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTÉ :

REGLE INTERPRETATIVE 21

QUESTION

DEPUIS LE 1ER OCTOBRE 2007, L'ARTICLE 14 D) DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTÉ PRÉVOIT DES PRESTATIONS SPÉCIFIQUES POUR LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ, REMBOURSABLES SOUS CERTAINES CONDITIONS BIEN PRÉCISES (BMI, ÂGE, RÉGIME, CONCERTATION BARIATRIQUE MULTIDISCIPLINAIRE).

QUELLE(S) PRESTATION(S) PEUT-ON ATTESTER POUR LA CHIRURGIE BARIATRIQUE PRATiquÉE CHEZ UN PATIENT QUI NE RÉPOND PAS À CES CRITÈRES ?

REPONSE

ÉTANT DONNÉ QUE POUR LA CHIRURGIE BARIATRIQUE, DES PRESTATIONS SPÉCIFIQUES LIÉES À DES CRITÈRES DE REMBOURSEMENT SONT REPRIS À L'ARTICLE 14 D) DE LA NOMENCLATURE, IL N'EST PAS AUTORISÉ D'ATTESTER D'AUTRES PRESTATIONS POUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'OBÉSITÉ, QUE LE PATIENT RÉPONDE OU NON AUX CRITÈRES REPRIS SOUS L'INTITULÉ « TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ ».

LA RÈGLE INTERPRÉTATIVE PRÉCITÉE ENTRE EN VIGUEUR LE JOUR DE SA PUBLICATION AU MONITEUR BELGE.

LE FONCTIONNAIRE DIRIGEANT,

H. DE RIDDER

LE PRÉSIDENT,

G. PERL

DEBUT PREMIER MOT DERNIER MOT PUBLIÉ LE : 2010-02-08

NUMAC : 2010022064

8.1.12 PROC ICD-10-BE (item 24)

L'enregistrement du code de procédure doit répondre aux directives de codage (manuel de codage ICD-10-BE, 2015). Le score moyen pour PROC_PICD10 est de 91 %.

Une des erreurs les plus fréquemment rencontrées est l'oubli de l'enregistrement de la notion « vertical » au niveau du 7^{ème} caractère du code de procédure pour la sleeve (0DB64Z3 «Excision of stomach, Percutaneous Endoscopic Approach, Vertical »). Cet oubli engendre une classification erronée des séjours dans l'APR-DRG médical 421.

Dans le cadre du nouveau financement (patients concernés par les soins à basse variabilité), le SPF SCAE a mis à la disposition des hôpitaux une brochure, qui constitue une aide pour les équipes de codage des hôpitaux. Un chapitre concernant la chirurgie bariatrique y est notamment abordé.



Cette brochure est disponible sur le site du SPFSCAE sous l'intitulé « Brochure d'aide au codage ICD-10-BE ».

8.1.13 LETTRE DE SORTIE (item 27)

ARRÊTÉ ROYAL DÉTERMINANT LES CONDITIONS GÉNÉRALES MINIMALES AUXQUELLES LE DOSSIER MÉDICAL, VISÉ À L'ARTICLE 15 DE LA LOI SUR LES HÔPITAUX, COORDONNÉE LE 7 AOÛT 1987, DOIT RÉPONDRE

ART. 3. § 1ER. LE RAPPORT DE SORTIE, VISÉ À L'ARTICLE 2, § 1ER, 9°, COMPREND :1° LE RAPPORT PROVISOIRE QUI ASSURE LA CONTINUITÉ IMMÉDIATE DES SOINS;2° LE RAPPORT COMPLET SUR LE SÉJOUR À L'HÔPITAL, SIGNÉ PAR LE MÉDECIN RESPONSABLE DU PATIENT. § 2. LE RAPPORT VISÉ AU § 1ER, 1° EST :1° SOIT REMIS AU PATIENT À L'ATTENTION DE SON MÉDECIN TRAITANT ET DE TOUT MÉDECIN CONCERNÉ;2° SOIT TRANSMIS AU MÉDECIN TRAITANT ET À TOUT MÉDECIN CONCERNÉ. CE RAPPORT CONTIENT TOUS LES RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES PERMETTANT À TOUT MÉDECIN CONSULTÉ PAR LE PATIENT D'ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS. § 3. LE RAPPORT VISÉ AU § 1ER, 2° EST COMMUNIQUÉ DU MÉDECIN DE L'HÔPITAL AU MÉDECIN DÉSIGNÉ PAR LE PATIENT.

CE RAPPORT CONTIENT LES ÉLÉMENTS ANAMNÉSTIQUES, CLINIQUES, TECHNIQUES ET THÉRAPEUTIQUES CARACTÉRISANT AU MIEUX L'HOSPITALISATION ET LE SUIVI NÉCESSAIRE.

ART. 4. LE DOSSIER MÉDICAL, PLUS SPÉCIFIQUEMENT LE RAPPORT DE SORTIE, DOIT ÊTRE LE COMPTE RENDU FIDÈLE DE LA DÉMARCHÉ DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE.

Le score moyen pour l'item lettre de sortie est de 91 %. Parmi eux, 15 hôpitaux ont un score de 100 % et 4 hôpitaux, un score variant de 17 à 92 %.

8.2 DPI et items infirmiers

8.2.1 Critères BMUC

De manière générale, nous constatons que les résultats de la visite d'audit sont conformes aux déclarations des hôpitaux.

Les institutions auditées présentent des niveaux d'informatisation assez variables. Chacune des institutions a investi de manière différente dans l'informatisation de leur dossier patient en fonction de leur priorité respective. Il a donc été observé d'une part une certaine disparité mais surtout une volonté commune de disposer d'un outil performant, pratique et totalement intégré.

Nous notons toutefois une surévaluation du critère « Identification unique du patient » dans un hôpital par rapport à la situation réelle. Cependant, nous ne pouvons actuellement pas tirer de conclusions absolues quant à la manière d'expliquer cette différence, car les périodes de référence ne correspondent pas parfaitement. Pour la « prescription électronique », nous constatons une nette progression dans les hôpitaux déjà dotés d'un système de prescription électronique. Pour le critère « communication



automatisée avec le système HUB et interactions avec e-health », il a été établi que tous les hôpitaux sont connectés au système Hub-métahub. Cependant, il n'est pas possible de déterminer si un hôpital partage effectivement les documents d'un patient via le système Hub-métahub. Il ne faut pas négliger le fait que cela dépend du consentement éclairé du patient. La politique de partage des données peut également différer entre les hôpitaux. Certains hôpitaux partagent automatiquement tous les documents, d'autres uniquement la lettre de sortie (provisoire) et, par exemple, pas les rapports d'opération.

8.2.2 Items infirmiers

Il est important de garder à l'esprit qu'en raison de la disponibilité des données les plus récentes au moment de l'audit, les données infirmières auditées ont été enregistrées en 2017 en référence à la version 1.6 du manuel de codage.

Suite aux audits précédents spécifiques du DI-RHM et à l'actualisation des NRG, les règles de codage ont été revues dans un but tant de simplification que de clarification de certaines conditions d'enregistrement.

Les observations faites durant l'audit sur base des informations reprises dans les dossiers audités, des données enregistrées et de la situation actuelle ont permis de mettre en évidence de nombreuses adaptations en référence aux règles actuellement en vigueur. Ces améliorations laissent à croire en une amélioration tant de la qualité des informations reprises dans le dossier patient que des données enregistrées utilisées pour divers besoins et finalités par l'administration.



9 Conclusion

L'obésité est une maladie multifactorielle largement dépendante de l'environnement et des comportements (susceptibilité génétique, caractère familial, facteurs environnementaux, comportement alimentaire, facteurs psychologiques et sociaux,...). Le taux d'obésité moyen des pays de l'OCDE¹⁰ est de 19,5%. Avec un taux de 18,6% en Belgique, l'évidence épidémiologique justifie que des efforts soient entrepris pour contrecarrer l'épidémie d'obésité qui se développe actuellement. Le caractère global de l'augmentation de la prévalence de l'obésité conduit à penser que au-delà des approches individuelles, c'est bien une politique générale de prévention qu'il convient de mener conduisant à prendre en compte de nombreuses questions de société (politique, urbanistique, économique, professionnels de l'agro-alimentaire, grande restauration, enseignants, professionnels de la santé...).

Il apparaît que la chirurgie bariatrique entraîne une perte de poids importante et durable chez la majorité des personnes opérées. On note également une amélioration des composantes physiques de la qualité de la vie, une rémission plus importante du diabète chez les patients diabétiques, une diminution du nombre de décès prématurés dus à des affections liées à l'obésité¹¹.

Néanmoins, ces interventions sont lourdes, souvent irréversibles et ne sont pas sans risque. Des difficultés d'ordre psychologique peuvent apparaître ou s'aggraver, en lien avec les modifications du corps qui ne correspondent pas aux attentes des patients (sentiment de vulnérabilité ou d'étrangeté) ou qui, malgré les kilos perdus, ne résolvent pas les problèmes que le patient attribuait à son obésité. Cet écart entre idéal et réalité peut induire, outre une reprise de poids, le développement d'addictions, d'anorexie, de troubles anxieux et dépressifs¹². Des publications¹³ rapportent des risques suicidaires accrus après la chirurgie bariatrique. Une prise en charge psychologique avant et après chirurgie bariatrique, est notamment considérée comme devant faire l'objet d'une attention particulière.

De multiples études montrent également qu'un suivi postopératoire insuffisant peut avoir des conséquences comme une perte de poids moins importante ou des complications neurologiques suite aux carences vitaminiques. Aux Pays-Bas¹⁴, le taux de patients « perdus de vue » en postopératoire est inférieur aux taux constatés dans d'autres pays. Ces résultats s'expliquent par la mise en place d'un trajet de soins bien coordonné où le médecin généraliste est impliqué à toutes les étapes. C'est lui qui adresse les patients aux cliniques de l'obésité et des comptes-rendus lui sont régulièrement transmis par la suite. Six consultations préopératoires sont obligatoires au terme desquelles l'intervention est refusée dans 30%

¹⁰ <https://www.cerin.org/rapports/lobesite-dans-le-monde-ocde-2017/>

¹¹ https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_316B_Chirurgie_de_obesite_Synthese.pdf

¹² Prise en charge psychologique avant et après chirurgie bariatrique Soins n°811-décembre 2016 Marie-Hélène Salamon-Dezaille, Psychologue

¹³ Risk of Suicide after Long Term Follow-up from Bariatric Surgery HA. Tindle, B. Omalu, A. Courcoulas, M. Marcus, J. Hammers, LH. Kuller, Am J Med. 2010 Nov ; 123(11) :1036-1042

¹⁴ <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/12/Chirurgie-bariatrique-rapport-final-27-novembre.pdf>



des cas. Seuls certains centres hospitaliers accrédités sont autorisés à pratiquer la chirurgie bariatrique, avec l'obligation de réaliser au moins 200 opérations par an, par minimum 2 chirurgiens. Huit cliniques de l'obésité assurent le suivi pré et post-opératoire (psychologique, diététique et exercice physique), réalisé obligatoirement en groupe. Celui-ci comprend 28 consultations d'une demi-journée les 2 premières années suivies de consultations d'une demi-journée par an pendant au minimum 5 à 7 ans. Des sanctions financières sont appliquées au patient en cas de non observance.

Comme proposé¹⁵ pour la pathologie de la colonne vertébrale et en s'inspirant du système hollandais, un modèle organisationnel pluridisciplinaire pourrait être créé, où les spécialistes travaillent ensemble et où les décisions d'interventions ne peuvent être prises qu'après une consultation pluridisciplinaire effective dans laquelle est également impliqué le médecin traitant. Les médecins généralistes, en tant que gestionnaires du DMG, doivent être effectivement au cœur de la prise en charge.

Le trajet de soins dans son ensemble, fréquemment cité comme la solution à une meilleure prise en charge de l'obésité, n'est pas défini en termes de fréquence/type de consultations et d'exams complémentaires. Il serait ainsi important de cadrer les compétences, de standardiser le bilan pré- et postopératoire et de mobiliser les ressources nécessaires pour l'ensemble du parcours de soins : personne coordinatrice, nutritionniste, médecins internistes, diététicien, kinésithérapeute, psychologue/psychiatre, assistant social, chirurgien et médecin traitant. Cette prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée serait le gage d'un accès réfléchi et justifié soit à un traitement chirurgical, soit à une solution alternative.

Il est fréquemment constaté sur le terrain la difficulté de documenter la durée et la nature du régime. Une solution serait de proposer un suivi institutionnel d'une durée déterminée comme condition d'accès à la chirurgie bariatrique.

Il est nécessaire que les autorités compétentes émettent des recommandations spécifiques relatives aux techniques opératoires bariatriques (interventions désuètes, réinterventions, nouvelles techniques, ...) avec adaptation si nécessaire de la nomenclature.

Le registre, tel qu'exigé par la NPS, est obsolète dans sa forme actuelle. La majorité des institutions tiennent un registre isolé dont les items varient d'un hôpital à l'autre, n'ayant aucun intérêt en termes de qualité des soins et de suivi au niveau national. Pour mieux apprécier la pertinence, la qualité, l'efficacité clinique et fonctionnelle et l'efficience des prises en charge médicale et chirurgicale de l'obésité, il est important de développer un registre national des personnes opérées permettant des comparaisons avec des personnes obèses non opérées.

Renforcer l'adhésion et motiver l'assiduité des patients est également indispensable, en favorisant leur « empowerment » (promotion des patients experts et des communautés de patients contribuant activement aux prises en charge) et en étudiant l'opportunité de rembourser certains examens,

¹⁵ Accord médico-mutualiste 2018-2019.



consultations ou compléments utiles (régime préopératoire, vitamines et suppléments pour prévenir et traiter les carences, ...). En effet, le non-remboursement de la revalidation, des consultations chez le diététicien et le psychologue est en contradiction avec les besoins reconnus de prise en charge des personnes obèses. Une manière de motiver les patients au suivi du trajet de soins serait de prévoir un remboursement de l'ensemble de la prise en charge (consultations, chirurgie, vitamines, ...) selon leur assiduité. Ce qui pourrait diminuer le nombre d'arrêts précoces du suivi.

Quant à l'informatisation du dossier patient et des données enregistrées, les efforts consentis par les institutions doivent être encouragés et maintenus par celles-ci. Les institutions déjà plus avancées se doivent de finaliser leurs projets et les maintenir à jour. Les institutions présentant quelques retards à ce niveau doivent poursuivre leurs réflexions et recherches afin de concrétiser pleinement le déploiement de leur dossier patient informatisé.



10 Annexes

Annexe 1: Questionnaire trajet de soins

Questionnaire chirurgie bariatrique (chirurgien et /ou coordinatrice) sur le trajet de soins du patient admis pour chirurgie bariatrique ?	
AGR #	Niv Niv2 Niv3
1.0.0.0	Pré-opératoire :
1.1.0.0	• Par qui est référé le patient ?
1.2.0.0	• Chronologie des consultations :
1.2.1.0	○ Première consultation :
1.2.1.1	▪ par :
1.2.1.2	▪ durée de consultation (min) :
1.2.2.0	○ Anamnèse (questions posées à l'occasion de la première visite):
1.2.2.1	▪ alimentaire :
1.2.2.2	▪ activité physique :
1.2.2.3	▪ professionnelle (e.g. incapacité de travail/occupation, type de travail) :
1.2.2.4	▪ familiale (histoire de l'obésité) :
1.2.2.5	▪ psychologique (pathologie psychiatrique) :
1.2.2.6	▪ médicale (co-morbidités, médicaments) :
1.2.3.0	○ Diététicienne/Nutritionniste:
1.2.3.1	▪ présence d'un document/trace dans le dossier patient :
1.2.3.2	▪ suivi du traitement par régime durant au moins 1 an :
1.2.4.0	• Examens complémentaires effectués
1.2.4.1	○ Endoscopie :
1.2.4.2	○ Recherche Helicobacter Pylori :
1.2.4.3	○ Echographie :
1.2.4.4	○ Autres ?
1.2.5.0	• Vérification critères nomenclature ; conditions :
1.2.5.1	○ HTA vérifiée par cardiologue :
1.2.5.2	○ Diabète vérifié par endocrinologue :
1.2.5.3	○ Syndrome d'apnées du sommeil selon :
1.2.5.4	○ Que propose-t-on au patient comme trajet de soins s'il ne répond pas aux critères INAMI ?
1.2.6.0	• Réunion multidisciplinaire :
1.2.6.1	○ Durée par patient (min) :
1.2.6.2	○ L'intervalle entre la réunion et l'intervention (sem) :
1.2.7.0	• Informations patient :
1.2.7.1	○ Informations relatives aux différentes techniques chirurgicales (avantages et inconvénients des différentes techniques) :
1.2.7.2	○ Taux de succès, de rechute :
1.2.7.3	○ Complications éventuelles :
1.2.7.4	○ Le suivi (e.g. fréquences visites chir, diet, régime, biologie sanguine) :
1.2.7.5	○ Signature par le patient d'un document précisant les informations reçues (informed consent) :
1.2.7.6	• Information du médecin traitant suite à la décision de l'équipe multidisciplinaire?
1.2.7.7	• Durée du trajet de soin pré-opératoire / Délais entre la première consultation et l'opération ? (mois)
2.0.0.0	Opératoire :
2.1.0.0	• Choix de la technique chirurgicale :
2.1.1.0	○ Indications sleeve :.....
2.1.2.0	○ Contre-Indications sleeve :.....
2.1.3.0	○ Indications anneau :.....
2.1.4.0	○ Contre-indications anneau :.....
2.1.5.0	○ Indications bypass :.....
2.1.6.0	○ Contre-indications bypass :.....
2.2.0.0	• Indication de la cholécystectomie ?.....
3.0.0.0	Post-opératoire hospitalier
3.1.0.0	• Examens complémentaires réalisés ?
3.2.0.0	• Protocoles de suivi immédiat ?
3.3.0.0	○ prévention TVP :
3.4.0.0	○ Gestion douleur :.....
3.5.0.0	○ Autres :.....
3.6.0.0	• Combien de nuits le patient reste t'il en postop ? (nuits)
4.0.0.0	Post-opératoire extra-hospitalier
4.1.0.0	• Consultations prévues ?
4.1.1.0	○ Chirurgien
4.1.2.0	○ Diététicienne
4.1.3.0	○ Psycho
4.1.4.0	○ Autres..
4.2.0.0	• Durée du suivi ? (ans)
4.3.0.0	• Réunion multidisciplinaire ?
4.4.0.0	• Document d'informations (alimentation, mode de vie, ...) ?
4.5.0.0	• Information relative aux personnes à contacter en cas de problème
4.6.0.0	• Rapport Médecin Traitant ?
4.7.0.0	• Délai d'envoi ? (sem)
5.0.0.0	Tarifcation
5.1.0.0	• Comment est-elle réalisée ?
5.2.0.0	• Contrôle a posteriori?
6.0.0.0	Initiatives particulières ?
6.1.0.0	niveau médical/accompagnement du patient: groupe de parole, atelier culinaire, révalidation physique, autres
7.0.0.0	Idée de l'impact sur la vie du patient?
7.1.0.0	• Conséquences psychologiques, physiques ?
7.2.0.0	• Conséquence sur l'incapacité de travail (semaines)
8.0.0.0	Régistre
8.1.0.0	• Registre de l'ensemble des interventions bariatriques
8.2.0.0	• Format du registre



Annexe 2: Questionnaire avec 29 items pour analyse des dossiers séjours.

#	Question
1	Dossier présent
2	Age du patient
3	Sexe du patient
4	Durée du séjour
5	APR-DRG
6	Severité
7	DAV (diagnostic ICD-10-BE) (E66.01 Morbid (severe) obesity due to excess calories ou E66.2 Morbid (severe) obesity with alveolar hypoventilation (Pickwickian syndrome))
8	Valeur du BMI au moment de l'indication opératoire et/ou concertation multidisciplinaire présent dans le dossier
9	Code ICD-10 BMI (Z68.35-Z68.45) présent
10	Diabète traité médicaments
11	Si diabète: Code ICD-10-BE diabète (E08. -> E13.) présent?
12	Hypertension résistante au traitement: HTA >140/90mmHg malgré un traitement pendant 1 an par 3 molécules
13	Si hypertesion: code hypertension ICD-10-CM (I10.->I15.) présent?
14	SAS objectivé au moyen d'un examen polysomnographique réalisé dans un centre conventionné (voir article 22, 6° et 23, § 3 de la loi ASSI)
15	Si SAS: code apnée du sommeil ICD-10-CM (G47.30-G47.39) présent
16	Réintervention après complication ou résultat insuffisant d'une intervention bariatrique
17	Si réintervention: code ICD-10-CM (Z98.84: bariatric surgery status) présent
18	Le patient doit avoir suivi pendant au moins 1 an un traitement par un régime documenté sans obtenir de résultat stable
19	Rapport dans le dossier d'une réunion de concertation pluridisciplinaire antérieure à la chirurgie avec indication claire de la chirurgie signé par les trois participants (chirurgien, interniste et psychologue ou psychiatre)
20	Echographie abdominale
21	Une endoscopie oesogastroduodénale antérieure à l'intervention a-t-elle été réalisée?
22	Protocole opératoire
23	Protocole opératoire en adéquation avec la nomenclature (241780-sleeve, 241824-anneau, 241846-bypass)
24	Procédure ICD-10-PCS (0DB6*Z3-sleeve, 0DV6*CZ-anneau, 0D16***-bypass)
25	Complications ou événements avec le dispositif utilisé
26	Présence d'une pompe analgésique
27	Lettre de sortie
28	Rapport d'hospitalisation avec suivi et recommandations
29	Registre



Annexe 3: Questionnaire BMUC et items infirmiers.

1. Questions sur le Dossier Patient Informatisé.

- **Identification unique**

Questions:

Comment sont archivées les parties non informatisées du dossier du patient?

Quelle est la procédure qui garantit l'attribution exacte de ces parties au patient? Veuillez joindre celle-ci.

Lors d'une consultation d'un dossier patient, faut-il ressaisir l'identification du patient si on change d'application ou de domaine de recherche?

Existe-t-il des systèmes ou applications pour lesquels l'identification du patient doit être encore entrée manuellement? Si oui, quels sont-ils ?

- **Prescription médicamenteuse**

Questions:

Quelles sont les unités de soins ou les services qui utilisent l'e-prescription? Quelle proportion représentent-ils au niveau de l'institution ?

De quelle manière l'administration d'un médicament prescrit électroniquement est-elle validée et visualisée ?

- **Communication automatisée avec le système HUB et interactions avec l'e-health**

Question:

A partir du dossier patient peut-on aller sur le HUB voir des documents se rapportant à ce patient ou son summer?

2. Questions sur items.

2.1. Questions spécifiques relatives aux items

- **Item E100: GESTION DES SYMPTOMES : DOULEUR**

Questions:

Quel(s) instrument(s) de mesure validé(s) utilisez-vous? Quelles en sont les consignes d'utilisation et les références de validation scientifique?

Quel est le protocole suivi dans la gestion de la douleur en chirurgie bariatrique?

- **Item E200 : GESTION DES SYMPTOMES : NAUSEES/VOMISSEMENTS**

Questions:

Quel(s) instrument(s) de mesure validé(s) utilisez-vous? Quelles en sont les consignes d'utilisation et les références de validation scientifique?

Quel est le protocole suivi dans la gestion des nausées en chirurgie bariatrique?

- **Item G100: GESTION DE LA BALANCE ALIMENTAIRE OU HYDRO-ELECTROLYTIQUE**



Questions:

Quand et comment est contrôlé le poids ?
L'état nutritionnel est-il contrôlé ? Si oui, comment ?

- **Item G300: GESTION GLYCEMIE**

Questions:

Existe-t-il un protocole de suivi dans la gestion de la glycémie pour la chirurgie bariatrique?
Comment est formalisée l'appréciation des résultats ?
En cas d'utilisation d'un plan de soin et/ou d'un plan d'éducation, veuillez joindre un exemple.

- **Item H200 : NOMBRE MEDICAMENTS DIFFERENTS PAR VOIE IV ET H300 : FREQUENCE LA PLUS ELEVEE MEDICAMENTS PAR VOIE IV**

Questions:

Quelles sont les médications les plus fréquemment administrées par cette voie dans le cadre de la chirurgie bariatrique?
De quelle manière sont-elles prescrites ?
De quelle manière leur administration est-elle validée ?

- **Item L100 : SURVEILLANCE D'UNE PLAIE ET/OU D'UNE ZONE AVEC LESION DERMATOLOGIQUE ET/OU D'UN PANSEMENT ET/OU DE MATERIEL SANS SOIN DE PLAIE**

Question :

Quels sont les types de plaies ou de matériel qui nécessitent une surveillance dans le cadre de la chirurgie bariatrique?

- **Item N300: PRELEVEMENTS SANGUINS VEINEUX**

Questions

Ce type de prélèvements est-il réalisé dans le cadre de la chirurgie bariatrique ? Qui réalise ces prélèvements?
Comment le type de prélèvement est-il indiqué dans le dossier infirmier?
Où sont indiqués les résultats des analyses?

- **Item N500: PRELEVEMENTS SANGUINS CAPILLAIRES**

Questions :

Ce type de prélèvements est-il réalisé dans le cadre de la chirurgie bariatrique ?
Qui réalise ces prélèvements ?
Comment le type de prélèvement est-il indiqué dans le dossier infirmier?
Où sont indiqués les résultats des analyses?



- **Item S100: EDUCATION SPECIFIQUE**

Questions:

Quels sont les sujets des informations données les plus fréquents en vue de retrouver une autonomie?
En cas d'utilisation d'un plan d'éducation, veuillez joindre un exemple.

- **Item S200 : EDUCATION CONCERNANT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE OU UN EXAMEN DIAGNOSTIC**

Question:

En cas d'utilisation d'un plan d'éducation, veuillez joindre un exemple.

- **Item V300: SURVEILLANCE DES PARAMETRES VITAUX : MONITORING CONTINU**

Questions :

Quels paramètres nécessitent d'être suivis en continu dans le cadre de la chirurgie bariatrique?
Comment est identifié le caractère continu de chaque paramètre suivi ?
De quelle manière ces paramètres sont-ils notés et validés dans le dossier ?

- **Item V400: SURVEILLANCE DES PARAMETRES VITAUX : MONITORING DISCONTINU**

Questions:

Quels paramètres nécessitent d'être suivis en discontinu dans le cadre de la chirurgie bariatrique?
De quelle manière ces paramètres sont-ils notés et validés dans le dossier ?

- **Item Z100: EVALUATION FONCTIONNELLE, MENTALE, PSYCHO-SOCIALE**

Question:

Quel(s) instrument(s) de mesure validé(s) utilisez-vous? Quelles en sont les consignes d'utilisation et les références de validation scientifique ?



Annexe 4: Courrier générale audit des hôpitaux.



Projet Audit des Hôpitaux
SPF SPSCAE - INAMI - AFMPS
Avenue de Tervueren, 158
1150 Bruxelles

À l'attention du directeur général et des
responsables des services concernés

Nos Réf.: GA-fr Projet Audit BAR CHIR

Objet: informations sur le projet 'Audit des Hôpitaux' – 'preuve de concept' : audits sur le thème de la chirurgie bariatrique

Bruxelles, le 05 février 2019

Madame, Monsieur,

Le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE), l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) et l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) collaborent, entre autres, dans le cadre du redesign des administrations de soins de santé. L'audit des hôpitaux est défini comme un domaine prioritaire dans le programme « Passerelles ». Le plan d'action en matière des soins de santé 2018-2020 décrit aussi le principe de l'audit des hôpitaux. Il est axé sur l'utilisation de façon efficace des ressources financières dans le secteur des soins de santé. Dans cette optique, une nouvelle unité « Audit des Hôpitaux » est en cours de création.

Les objectifs généraux du projet, concernant les soins hospitaliers, sont:

- d'améliorer la qualité et l'efficacité de la dispense de soins au citoyen
- d'optimiser l'utilisation des fonds publics

En augmentant la transparence et la simplicité de la supervision des hôpitaux par les différentes administrations (le principe de 'only once'), l'unité audit renforce le respect de la *conformité* aux normes et aux règles des administrations de soins de santé, de l'*efficacité* de l'ensemble des soins fournis et des '*best practices*' dans les hôpitaux belges.

Les audits des hôpitaux invitent à des projets d'amélioration au niveau des hôpitaux et des prestataires de soins, en mettant l'accent sur la communication, le feedback, le monitoring, la possibilité de s'expliquer et de prendre des initiatives pour améliorer la situation existante et participer au suivi.



L'équipe d'audit est composée de médecins-auditeurs, d'infirmières-auditeurs et de pharmaciens-auditeurs. L'équipe analyse, entre autres, les données fédérales couplées (résumé hospitalier minimum du SPF et données de facturation de l'INAMI). L'approche intégrée de l'audit peut également comprendre l'évaluation des trajets de soins multidisciplinaires, des dispositifs médicaux, du dossier du patient informatisé (DPI), etc.

Afin de valider un certain nombre d'aspects du projet, une « preuve de concept » aura lieu. Dans ce cadre, des audits sur la chirurgie bariatrique seront effectués dans les hôpitaux.

1 L'ORIGINE DES DONNÉES COUPLÉES

L'INAMI collecte des fichiers statistiques anonymes des soins facturés, par séjour hospitalier, appelés fichiers 'séjours hospitaliers anonymes' (SHA). Les hôpitaux envoient, pour chaque patient admis, des données anonymes concernant les diagnostics médicaux et les procédures effectuées (RHM) au SPF SPSCAE.

La Cellule Technique¹⁶ couple ces données pour obtenir une vue d'ensemble, par groupe de pathologies, des soins prodigués et des coûts remboursés par l'assurance maladie, et ce pour chaque hôpital individuellement et pour l'ensemble des hôpitaux. Les informations sont basées sur le RHM validé par le SPF SPSCAE et sur les données de facturation fournies par les organismes assureurs à l'INAMI. Une comparaison des données d'un hôpital individuel avec la moyenne belge est instructive et peut révéler des schémas de traitement différents.

Les données couplées (SHA et le RHM) sont utilisées pour:

- analyser les liens existant entre les dépenses de l'assurance soins de santé et les groupes de pathologies
ou
- élaborer des règles de financement, des normes et des critères de qualité dans le cadre d'une politique de santé efficace

Avec le projet des données fédérales couplées, les pouvoirs publics entendent informer au mieux les hôpitaux, les médecins et les établissements scientifiques de la consommation des moyens médicaux et de leur coût pour les soins hospitaliers.

2 L'AUDIT DE CONFORMITÉ, D'EFFICACITÉ ET DE « BEST PRACTICES »

L'audit de conformité, d'efficacité et de « best practices » s'inscrit dans le cadre du 'redesign' des administrations de soins de santé: l'audit contribue au soutien, au contrôle de qualité et à la supervision dans les hôpitaux. Il est distinct des autres audits qui soutiennent la qualité des soins dans les hôpitaux au moyen d'un programme international d'accréditation (par exemple, Joint Commission International (JCI), Netherlands Institute for Accreditation in Healthcare (NIAZ), etc.). Grâce à des rapports objectifs et contestables concernant l'hôpital audité, l'équipe d'audit et l'hôpital audité deviennent des partenaires

¹⁶ Cellule Technique de traitement de données relatives aux hôpitaux : <https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/>



dans la gestion des soins. Sur la base d'un processus d'amélioration, des accords mesurables sont conclus et des audits de suivi sont prévus.

3 SUJETS À AUDITER: ENTRE AUTRE LES SOINS HOSPITALIERS À BASSE VARIABILITÉ

En 2015, la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Maggie De Block, a élaboré un plan d'action pour réorganiser le paysage hospitalier et son financement. Sur le plan du paysage hospitalier, la création de réseaux hospitaliers permettra de répondre efficacement aux nouveaux besoins des patients et à l'évolution des technologies et des traitements médicaux. Dans le même temps, le nouveau système de financement des soins à basse variabilité permettra un financement correct de soins qui diffèrent peu d'un patient à l'autre en déterminant les mêmes montants dans tous les hôpitaux concernés. Depuis le 19 juillet 2018, la Belgique dispose de la loi relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité. L'approche thématique de l'audit des hôpitaux s'inspire, entre autres, de la liste des groupes de patients des soins à basse variabilité.

4 MÉTHODE

1. Après avoir déterminé les objectifs, une analyse préliminaire des données couplées disponibles est effectuée.
2. Un benchmark (anonyme) par rapport aux autres hôpitaux est réalisé.
3. L'équipe multidisciplinaire de la (sous-)spécialité médicale auditée et le trajet de soins du patient sont étudiés.
4. La conformité aux normes et aux règles des administrations de soins de santé et l'efficacité de l'ensemble des soins hospitaliers sont audités sur base d'un audit d'un certain nombre de séjours hospitaliers. Les 'best practices' peuvent, par exemple, être évaluées en fonction des critères suivants: des soins hospitaliers à basse variabilité, des indications cliniques basées sur l'EBM (evidence based medicine), des indicateurs de qualité (IQ), des indicateurs critiques de prestations (ICP), des paramètres souhaités (outcome), des directives, des analyses comparatives, etc.
5. L'audit est effectué selon les principes d'audit généralement applicables : uniforme, systématique, indépendant, examen des accords (règles, procédures, normes,...) afin d'examiner objectivement, si le cas s'impose, dans quelle mesure il existe des écarts entre les objectifs et la réalité. Les normes et les cadres de référence sont utilisés comme points de départ.
6. Le rapport objectif d'audit est soumis à l'institution auditée avec les constatations, les meilleures pratiques, les points à améliorer et les accords mesurables pour le suivi des processus d'amélioration de l'hôpital. Le cas échéant, le processus d'amélioration sera rendu obligatoire. Les résultats globaux d'un thème audité peuvent être traduits en accords sectoriels avec des actions à prévoir et à suivre.
7. Des audits de suivi des processus d'amélioration sont prévus en cas de nécessité; il y aura ainsi un échange continu d'informations entre les administrations de soins de santé et les hôpitaux.

5 LE CHOIX DU SUJET À AUDITER

L'unité « Audit des Hôpitaux » contribue entre autres au soutien, au contrôle qualité et à la supervision des hôpitaux dans le cadre des soins hospitaliers à basse variabilité. La chirurgie bariatrique représente trois groupes de patients sur les 57 groupes de patients, inclus dans l'arrêté royal du 2 décembre 2018 portant application de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité.

L'obésité est un problème social majeur et est associée à une morbidité importante. La chirurgie bariatrique offre la possibilité d'obtenir une perte de poids et de remédier aux maladies associées. Ce type



de chirurgie est soumis à un certain nombre de critères selon les directives internationales et à la nomenclature des prestations médicales. L'audit de conformité, d'efficacité et de « best practices » s'inscrit dans le cadre d'une sensibilisation accrue des personnes impliquées dans le trajet de soins du patient obèse.

6 COMMUNICATION ET RAPPORTAGE

L'équipe d'audit communique avec l'hôpital par divers moyens: e-mail, téléphone, etc. Les audits sont annoncés vingt jours avant la visite de l'institution par un e-mail envoyé au directeur général de l'hôpital. Les audits auront lieu de février à mai 2019. La liste des numéros de séjours à auditer sur place est envoyée à l'hôpital deux jours avant l'audit. Au cours de l'audit, le trajet de soins du patient obèse est analysé par rapport à l'information disponible (site web, brochures, SHA, DPI, législation, codage, directives, etc.). Endéans les trente jours après l'audit, l'hôpital reçoit un rapport objectif de l'audit sur place. Des audits de suivi peuvent être planifiés. Un rapport général sur le sujet d'audit sera disponible après la réalisation des tous les audits prévus sur ce thème.

7 QUESTIONS

Si vous avez des questions, veuillez contacter Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

Avec nos meilleures salutations,

Dr. Nick De Swaef,
Chef du projet 'audit des hôpitaux'



Annexe 5: Courrier annonce hôpitaux sélectionnés pour l'audit chirurgie bariatrique.



Projet Audit des Hôpitaux

SPF SPSCAE – INAMI - AFMPS

Avenue de Tervueren 158

1150 Bruxelles

Hôpital X

À l'attention du directeur général et
des responsables des services
concernés

X

X

Nos Réf.: AA-fr BAR CHIR numéro de l'hôpital (XXX)

Objet: Audit sur le thème de la chirurgie bariatrique

Pièce jointe: Check-list X A BAR CHIR numéro de l'hôpital (XXX)

Bruxelles, date

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du 'redesign' des services publics, le gouvernement a créé un certain nombre de passerelles entre les services publics, dont l'unité « Audit des Hôpitaux », fruit d'une coopération entre le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE), l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) et l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS). L'unité se consacre à la conformité, à l'efficacité et aux 'best practices' dans les hôpitaux belges. Son objectif est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins en utilisant de façon optimale les ressources disponibles. La méthodologie de ce processus d'audit se base sur une analyse des données fédérales couplées (résumé hospitalier minimum (RHM) et données de l'INAMI concernant la facturation).

Suite au processus de sélection des hôpitaux, nous vous informons qu'un audit aura lieu dans votre hôpital à la date du... et portera sur la chirurgie bariatrique.

L'audit est axé principalement sur le trajet de soins multidisciplinaires du patient obèse, admis pour une intervention bariatrique, intégrant les différents enregistrements et protocoles cadrant ce thème.



8 LA SÉLECTION

La sélection des hôpitaux à auditer a été réalisée en deux temps.

Tout d'abord, selon les critères ci-dessous, les séjours hospitaliers avec date de sortie en 2016 ont été sélectionnés.

- ❖ Présence dans la facturation d'un des 3 codes de nomenclature ('241780', '241824' ou '241846') et/ou
- ❖ Séjours classés dans l'APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 (Procédures pour obésité) et/ou
- ❖ Séjours avec un diagnostic principal (DP) issu de la catégorie E66 (Overweight and obesity) et classés dans un APR-DRG chirurgical

Ensuite, les 97 hôpitaux belges présentant des séjours relatifs à la chirurgie bariatrique, ont été classés en fonction du nombre de séjours hospitaliers.

Les trente hôpitaux présentant les plus grands nombres de séjours relatifs à la chirurgie bariatrique ont été sélectionnés pour un audit sur place.

Les hôpitaux dont un prestataire est concerné par une enquête de contrôle ou enquête de contrôle thématique au niveau fédéral, relatif à la chirurgie bariatrique, sur la même période, ont été exclus.

9 L'AUDIT SUR PLACE DU XX-XX-2019

Nous souhaiterions rencontrer les personnes suivantes lors de la visite le jour de l'audit, le XX-XX-2019, pour les aspects dont ils sont responsables.

- 1) Le SPOC (single point of contact) pour l'audit: la personne de contact, désignée par l'hôpital. Cette personne serait l'interlocuteur privilégié de l'équipe d'audit, son rôle serait de coordonner le bon déroulement de la visite d'audit et de participer à l'échange des documents nécessaires.
- 2) Le directeur médical
- 3) Le responsable RHM
- 4) Le responsable de la facturation
- 5) Le chirurgien bariatrique ou son chef de service
- 6) Le responsable de la pharmacie
- 7) Le chef infirmier du service concerné

10 LE PLANNING DE LA VISITE

La journée sera organisée comme suit (le programme détaillé, en concertation avec l'hôpital, sera envoyé 15 jours avant la visite sur place, par e-mail):

- 1) Tour de table et présentation par l'équipe d'audit
- 2) Présentation du fonctionnement général du service
- 3) Visite dans le service de la chirurgie bariatrique
- 4) Discussion interne de l'équipe d'audit
- 5) Evaluation des dossiers des séjours hospitaliers sélectionnés (la liste des numéros de séjour sera envoyée deux jours avant la visite sur place, via e-mail)
- 6) Séance de clôture



11 LA CHECK-LIST

Une fiche est jointe en annexe. Veuillez la compléter de manière digitale et l'envoyer endéans les 15 jours à [✉ Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be](mailto:Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be). Veuillez ajouter les documents demandés en format pdf (si disponibles).

12 QUESTIONS

Si vous avez des questions, veuillez contacter le docteur De Swaef ([✉ Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be](mailto:Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be)), responsable de l'unité « Audit des Hôpitaux » faisant fonction.

Nous tenons à vous remercier pour votre collaboration et vous prions d'agréer, l'expression de notre considération distinguée.

L'équipe audit



Check-list audit chirurgie bariatrique

Pour faciliter la communication avec l'équipe d'audit, prière :

- De remplir entièrement la check-list et de l'envoyer (en .docx), avec les éventuelles annexes (en pdf) (cf. point 3) par mail à l'adresse suivante : Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

Pourriez-vous envoyer ce document, avec les annexes, pour le

Vous pouvez envoyer vos questions par mail à l'adresse suivante : Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be.

1. Informations générales concernant le service de chirurgie bariatrique

Nom Cliquez ici pour remplir.

Rue: Cliquez ici pour remplir.

N°: Cliquez ici pour remplir.

Code Postal: Cliquez ici pour remplir.

Ville: Cliquez ici pour remplir.

Téléphone: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

Site web: Cliquez ici pour remplir.

2. Coordonnées des personnes concernées

2.1 Le SPOC (single point of contact) pour l'audit: la personne de contact, désignée par l'hôpital, coordonne le bon déroulement de l'audit sur place. Elle est également l'interlocuteur principal pour l'équipe audit (ex : fournir les informations demandées)

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Téléphone: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.



2.2 Le directeur médical

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Téléphone: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

2.3 Le responsable RHM

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Téléphone: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

2.4 Le responsable de la facturation

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

2.5 Un responsable DPI (dossier patient informatisé)

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

2.6 Le chef de service de la chirurgie bariatrique

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Téléphone: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

2.7 Le responsable de la pharmacie

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

2.8 L' infirmière chef du service concerné



Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Téléphone: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

3. Annexes: information spécifique

Veillez ajouter les annexes suivantes (en .pdf) lors de l'envoi de la check-list à l'adresse suivante :

secr.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be

- La composition de l'équipe multidisciplinaire de la chirurgie bariatrique

- Toute la documentation disponible pouvant contribuer à la bonne préparation de l'audit sur place (exemple: les procédures disponibles, les fiches d'informations pour le patient / le médecin, les recommandations de bonne pratique utilisées,..)



Audit chirurgie bariatrique

Planning de l'audit

Centre Hospitalier, n° agrément rue Cp Ville
--

4. Date de l'audit

00 / 00 / 2019

5. Auditeurs présents

<u>Naam / Nom:</u>	<u>Functie / Fonction:</u>

6. Planning

Horaire	objet	Personnes requises	Local
9h30-9h45	Présentation de l'unité Audit des hôpitaux / projet audit chirurgie bariatrique	Directeur médical, équipe « bariatrique »	
9h45-12h	Trajet de soins « chirurgie bariatrique »	équipe « bariatrique »	
12h-13h	Pause repas		
13h-16h15	Consultation de 12 dossiers patient	Responsable RHM et personne référent pour dossier infirmier	Local permettant la projection des dossiers
16h15-16h30	Séance de clôture		



Annexe 8: Autres codes de nomenclature facturés dans le cadre de séjours classés dans un APR-DRG 403 et/ou dont le diagnostic principal est issu de la catégorie E66 et classés dans un APR-DRG chirurgical.

N° NPS	Libellé	Total
241043	Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale	279
588302	Honoraires pour l'examen anatomo-pathologique par inclusion et coupe d'autant de prélèvements que nécessaire quel que soit le nombre de coupes et quel que soit le nombre d'organes examinés, y compris l'examen macroscopique éventuel des pièces opératoires suivantes : - mammectomie partielle avec évidement ganglionnaire, - mammectomie totale avec ou sans évidement ganglionnaire, - pneumectomie partielle ou totale, - résection partielle ou totale de l'œsophage, - évidement ganglionnaire inguinal bilatéral, - évidement de deux ou plusieurs groupes de ganglions du cou, - tumorectomie du plancher buccal avec ou sans mandibulectomie, - tumorectomie du palais avec ou sans maxillectomie, - maxillectomie totale, - gastrectomie partielle ou totale, - résection de l'intestin grêle, - colectomie partielle ou totale, - duodénopancréatectomie, - hystérectomie radicale, totale ou subtotal, - résection abdominopérinéale, - laryngectomie partielle ou totale, - cystectomie totale, - amputation totale du pénis, - néphrectomie totale, - prostatectomie totale (avec vésicules séminales), - résection cardiaque, - bloc cœur poumons complet, - hépatectomie totale, - pelvectomie totale, - vulvectomie totale, - fœtus de 14 à 24 semaines y compris	85
473060	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	84
241463	Gastrectomie totale avec anastomose œsophago-jéjunale ou gastrectomie subtotal avec restauration du transit, par interposition d'un segment intestinal	75
200104	Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation : Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 390 ou N 650 ou I 750 et supérieure à K 300 ou N 500 ou I 600	71
243246	Résection segmentaire du grêle	47
241544	Résection de l'estomac ou gastroplastie de réduction sans interruption de la continuité	41
202344	Honoraires forfaitaires pour la mise en place et la programmation avec surveillance d'une pompe à analgésie pour administration d'un produit de type morphinique par voie intraveineuse (PCIA, patient controlled intravenous analgesia) après une intervention chirurgicale ou après polytraumatisme, y compris le matériel, à l'exclusion des produits pharmaceutiques	32
241485	Gastrectomie subtotal	30
243644	Laparotomie exploratrice	28
241566	Dégastro-gastrectomie	28
243342	Intervention pour obstruction intestinale (étranglement herniaire excepté)	25
241286	Exérèse de tablier graisseux étendu, avec gêne fonctionnelle : Résection avec plastie cutanée et transposition du nombril	20
451441	Radiographie de l'œsophage (minimum 4 clichés), et de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	19
243283	Entéro-anastomose	19
460784	Imagerie médicale - Radiologie, article 17, honoraire forfaitaire d'imagerie médicale par admission	19
350523	** Laparoscopie sans prélèvement biopsique, y compris le pneumopéritoine	15
242465	Cholécystectomie	14
200200	Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation : Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 240 ou N 400 ou I 450 et supérieure à K 180 ou N 300 ou I 350	14
591080	Honoraires forfaitaires, payables par admission hospitalière, dans un hôpital général, à l'exception des services T ou par journée donnant droit au maxiforfait ou au forfait d'hospitalisation de jour pour une des prestations mentionnées dans la liste limitative, pour autant que le laboratoire : a) soit intégré comme service médico-technique dans un hôpital ou groupement d'hôpitaux tel que défini au chapitre III de l'arrêté royal du 30 janvier 1989; b) soit intégré comme service médico-technique dans un hôpital disposant d'un programme de soins d'oncologie agréé suivant le chapitre III de l'arrêté royal du 21 mars 2003; c) soit agréé pour l'ensemble des disciplines de la biologie clinique à l'exclusion éventuelle de l'anatomie pathologique; d) assure la continuité 24 heures chaque jour en collaboration avec les unités de soins intensifs et la garde de l'hôpital; e) soit encadré par au moins 4 biologistes équivalents plein-temps dont au moins 1 médecin spécialiste ou un pharmacien ou un licencié en sciences, ces deux derniers devant avoir reçu une formation de cinq ans au moins, conformément aux dispositions de l'annexe jointe à l'arrêté ministériel du 3 septembre 1984 fixant les critères d'habilitation et d'agrément des pharmaciens appelés à effectuer des prestations de biologie clinique	14
xxxxxx	Pas de code facturé pendant la période	12
241942	Traitement chirurgical d'une hernie incisionnelle de la paroi abdominale (en ce compris récurrence après traitement d'une hernie primaire de la paroi abdominale et hernies parastomales)	9
459583	Tomographie commandée par ordinateur, de l'abdomen, avec/ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 15 coupes au minimum, pour l'ensemble de l'examen	8
243622	Intervention pour perforation d'un autre organe abdominal que l'appendice	7
241625	Gastro-entérostomie	6
241581	Reconversion du transit gastro-duodénal après gastrectomie antérieure	5



N° NPS	Libellé	Total
244742	Cholécystectomie simple associée à une des prestations n°s 241032-241043, 241393 - 241404, 241415 - 241426, 241430 - 241441, 241452 - 241463, 241474 - 241485, 241496 - 241500, 241511 - 241522, 241533 - 241544, 241555 - 241566, 241570 - 241581, 241614 - 241625, 241710 - 241721, 241776 - 241780, 241813 - 241824, 241835 - 241846, 244716 - 244720, 242631 - 242642, 243036 - 243040, 243051 - 243062, 243073 - 243084, 243095 - 243106, 243110 - 243121, 243176 - 243180, 243191 - 243202, 243213 - 243224, 244016 - 244020, 244031 - 244042, 244053 - 244064, 237016 - 237020, 237031 - 237042, 237053 - 237064, 237075 - 237086, 237090 - 237101, 238011 - 238022 ou 261671 - 261682 à cumuler à 100 % avec la prestation principale	4
241765	Exérèse d'un excédent cutané au niveau d'un membre, entraînant une gêne fonctionnelle, suite à une perte de poids documentée et stabilisée d'au moins 20%	4
588280	Honoraires pour l'examen anatomo-pathologique par inclusion et coupe, d'autant de prélèvements que nécessaire, quel que soit le nombre de coupes et quel que soit le nombre d'organes examinés, y compris l'examen macroscopique éventuel des pièces opératoires suivantes : - exérèse de ganglion lymphatique, - évidement ganglionnaire axillaire unilatéral, - évidement ganglionnaire inguinal unilatéral - biopsie pulmonaire chirurgicale, - thymectomie totale ou partielle, - résection de tumeur subaponévrotique, - pancréatectomie partielle, - hépatectomie partielle, - cholécystectomie, - splénectomie, - tumorectomie mésentérique, - tumorectomie rétropéritonéale, - résection du globe oculaire, - résection d'une glande salivaire (à l'exception des glandes salivaires accessoires), - glossectomie partielle ou totale, - thyroïdectomie, - parathyroïdectomie, - pharyngectomie, - biopsie par incision du sein, - tumorectomie du sein, - cystectomie partielle (à l'exception de la résection vésicale endoscopique), - adénomectomie prostatique chirurgicale ou endoscopique, - épидидymectomie, - orchidectomie, - amputation partielle du pénis, - tumorectomie profonde du cou, - néphrectomie partielle, - annexectomie uni-ou bilatérale, - ovariectomie, - salpingectomie totale, - vulvectomie partielle, - conisation ou résection du col de l'utérus, - résection de la glande surrénale, - biopsie nerveuse- biopsie musculaire, - résection d'une tumeur du cerveau, de la moelle épinière ou de l'hypophyse, - résection de tumeur osseuse, - amygdalectomie (> 18 ans), - adénoïdectomie (> 18 ans)	4
243600	Intervention pour hémorragie abdominale	3
241883	Traitement chirurgical d'une hernie inguinale, fémorale ou obturatrice unilatérale	3
211223	Honoraires pour l'installation et la surveillance continue d'un patient soigné dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs : Le premier jour	3
473804	Ablation de tumeurs et/ou coagulation de lésions (2e et 3e duodénum)	3
241662	Pyloroplastie	3
257040	Thyroïdectomie totale ou subtotale bilatérale avec dissection des nerfs récurrents et des glandes parathyroïdes	3
242384	Laparoscopie ou laparotomie pour prélèvement biopsique du foie	3
250180	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané, temps principal	3
220242	Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus	2
560501	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	2
243062	Hémi-colectomie droite ou gauche ou résection segmentaire du colon ou résection du sigmoïde ou résection partielle du rectum avec rétablissement de la continuité	2
241721	Cure opératoire de fistule gastrique	2
451404	Radiographie de l'oesophage (minimum 6 clichés), et de l'estomac (minimum 2 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	2
251624	Plastie de réduction d'un sein pour hypertrophie mammaire entraînant une gêne fonctionnelle, par sein	2
472102	Dilatation de l'oesophage par sonde pneumatique	2
257025	Thyroïdectomie totale simple ou thyroïdectomie partielle	2
477385	Polysomnographie après l'âge d'un an	2
290264	Arthroplastie du genou par prothèse uni-compartmentale avec composant tibial et fémoral	2
589061	Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutique et de contraste . Pour les artères autres que les artères coronaires	2
242023	Duodéno-pancréatectomie	2
254844	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de deux sinus	1
471726	Bronchoscopie sans prélèvement biopsique	1
246665	Transparsplana vitrectomie	1
232805	Laminarthrectomie lombaire de plus de deux niveaux pour compression de la queue de cheval due à une étroitesse congénitale (Syndrome de Verbiest) ou acquise du canal rachidien	1
473104	Examen de l'intestin grêle avec un endoscope muni dun dispositif facilitant sa progression, par voie orale	1
261564	Résection endoscopique de la prostate, y compris la cystoscopie	1
444323	Honoraires forfaitaires pour curiethérapie combinée à une série d'irradiations externes chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris en catégorie 6	1
262382	Urétéroscopie ou urétéroréno-scopie thérapeutique avec dilatation urétérale sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement de la lithiase, d'abcès, de lésions ou sténose	1
241264	Exérèse de tablier graisseux étendu, avec gêne fonctionnelle : Résection elliptique	1



N° NPS	Libellé	Total
276080	Cure chirurgicale d'une rupture de la coiffe des rotateurs, quelle que soit la technique : par réparation directe d'un ou plusieurs tendons	1
472404	Extraction de corps étranger(s) du tube digestif par endoscopie	1
276581	Traitement sanglant d'une fracture du fémur, quel que soit le niveau	1
475086	** Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum	1
281105	Arthrodose intercorporeale cervicale y compris le prélèvement du greffon	1
565504	Analyse moléculaire complexe pour la recherche d'une affection constitutionnelle (niveau 3) (Règle diagnostique 6, 10, 18)	1
227802	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante et résection du ganglion sentinelle avec examen anatomo-pathologique peropératoire du ganglion sentinelle	1
241500	Antrectomie avec vagotomie	1
290920	Ostéotomie du tibia, quel que soit le niveau	1
451522	Radiographie de l'oesophage (minimum 4 clichés) et de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés) et du transit du grêle, y compris éventuellement la région iléocolique et le côlon (minimum 6 clichés) avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	1
306924	* Prothèse amovible totale supérieure	1
242480	Cholécystectomie avec cholangiographie peropératoire.	1
588265	Honoraires pour l'examen anatomo-pathologique par inclusion et coupe, d'autant de prélèvements que nécessaire, quel que soit le nombre de coupes et quel que soit le nombre d'organes examinés, et y compris l'examen macroscopique éventuel, pour les prélèvements suivants : Biopsies des organes profonds suivants : - foie, - rein, - bassin, - surrénale, - prostate, - sein, - ganglion lymphatique, - moelle osseuse, - os, - glande thyroïde, - glande salivaire, - plèvre, - poumon, - testicule, - péritoine, - rétropéritoine, - médiastin, - cerveau	1
241920	Traitement chirurgical d'une hernie primaire de la paroi abdominale (en ce compris hernie ombilicale, hernie épigastrique, hernie Spiegelienne ou hernie lombaire)	1
243165	Appendicectomie à froid ou à chaud, avec ou sans perforation	1
241706	Gastrostomie	1
243681	Incision et drainage par voie abdominale d'un abcès méso-coeliaque ou pelvien	1
243106	Iléo-colorectoplastie	1
227146	Hernie ou éventration diaphragmatique ou hiatale par voie thoracique ou thoraco-abdominale	1
475985	Mise en place percutanée d'une ou plusieurs électrode(s) intracavitaire(s) permanente(s) par voie transveineuse	1
599546	Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié, à l'exception des prestations citées au § 8 : Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 180 ou N 300 ou I 300 et égale ou inférieure à K 300 ou N 500 ou I 500	1
256546	Amygdalectomie, avec ou sans adénoïdectomie, chez l'adulte, c'est-à-dire la personne qui a atteint ou dépassé le jour anniversaire de ses dix-huit ans	1
243320	Traitement chirurgical de l'obstruction de l'intestin grêle par adhésiolyse tel que Noble, Childs ou Baker, y compris la gastrostomie	1
241684	Gastrostomie	1
442400	Examen tomographique lors d'une scintigraphie, avec traitement par ordinateur comprenant au moins deux plans non parallèles de reconstruction, avec protocole et documents iconographiques (Single-photon emission computed tomography - SPECT)	1
220323	Intervention chirurgicale pour tumeurs profondes ou lésions de la face ou des lèvres, à l'exclusion des lésions cutanées	1
353264	** Laparoscopie avec prélèvement biopsique, y compris le pneumopéritoine	1
589142	Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse de lésions pathologiques ou d'hémorragie artérielle dans la région faciale, thoracique, abdominale ou pelvienne, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisés, des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation	1
424023	Accouchement normal ou dystocique, y compris les honoraires pour l'anesthésie éventuelle, à l'exclusion des anesthésies effectuées par les médecins spécialistes en anesthésie	1
592001	Honoraire forfaitaire payé par journée d'hospitalisation pour les prestations de biologie clinique aux bénéficiaires hospitalisés	1
431760	Plastique vaginale et vulvaire	1
599561	Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié, à l'exception des prestations citées au § 8 : Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 120 ou N 200 ou I 200 et égale ou inférieure à K 180 ou N 300 ou I 300	1
432504	Laparoscopie diagnostique sans biopsie y compris le pneumopéritoine	1
432526	Laparoscopie diagnostique avec biopsie ou cytologie y compris le pneumopéritoine	1
Total général		1.109



11 Bibliographie

Références	Lien internet
Accord médico-mutualiste 2018-2019	https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/accord_medecins_mutualites_2018_2019.pdf
Formulaire de notification pour intervention bariatrique: Annexe 77	<a "))&rech='1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=titre&F=&caller=image_a1&fromtab=titre&la=F&nm=2010022327&pdf_page=28&pdf_file=http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2010/07/29_2.pdf"' href="http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?=&sql=(text+contains+(">http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?=&sql=(text+contains+(""))&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=titre&F=&caller=image_a1&fromtab=titre&la=F&nm=2010022327&pdf_page=28&pdf_file=http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2010/07/29_2.pdf
Belgian Meaningful Use Criteria : BMUC	https://www.health.belgium.be/fr/belgian-meaningful-use-criteria-bmuc
Brochure d'aide au codage ICD-10-BE	https://www.health.belgium.be/fr/brochure-daide-au-codage-icd-10-be
Cellule technique de l'INAMI	https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/
Loi Coordinée sur les hôpitaux et autres établissements de santé du 10/07/2008	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2008071090&table_name=loi
Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14/07/1994	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1994071438&table_name=loi
Manuel de codage des données infirmières du DI-RHM version officielle 1.6, janvier 2011	https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20110125_manuel_de_codage_di-rhm_janvier_2011_-_version_officielle_1_6_0.pdf
Manuel de codage ICD-10-BE (V2.3) 2017	https://www.health.belgium.be/fr/icd-10-be-publications-manuel-de-codage-icd-10-be-v23-2017
NPS, annexe à l'arrêté royal du 14/09/1984	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1984091430&table_name=loi



Références	Lien internet
Plan d'action e-santé 2019-2021	https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwvToiwBkf13?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid_final.pdf
RSS du 28/07/2003: Règlement portant exécution de l'article 22,11° de la loi relative à l'assurance obligatoire de santé et indemnités coordonnée le 14/07/1994	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2003072832&table_name=loi