



**CHU** Dinant  
Godinne



UCL

NAMUR

# Motivation du projet

- Saint-Thomas:
  - Centre de convalescence depuis 1945
  - MR 1978
  - MR/MRS 1993
- Avec les CUMG:
  - Réflexion sur lits tampons 2003

# Objectif du concept des lits tampons

- Soulager les proches d'un épuisement
- Donner un temps de réflexion, une alternative
  - Meilleur plan de sortie possible de l'hôpital de manière concertée
  - Eviter l'Institutionnalisation catastrophe
- Donner du temps au patient pour récupérer dans un cadre de soins adaptés
- Réduire la durée de séjour à l'hôpital

# Volonté du CHU de promouvoir le Travail en Réseau

- Développer un **réseau** en intégrant les différents prestataires de soins résidentiels et à domicile
- Assurer la continuité des soins et la qualité du **trajet de soins**

# Programmation et Agrément des lits de Courts Séjours (Alternative)



Distribution en petites unités



Saturation des lits longs séjours



Occupation en majorité des lits de courts séjours pas des résidents en attente d'une place en MR/MRS en long séjour



Quelle réponse donne cette alternative  
au soutien du maintien à domicile?

# Partenariat avec le CHU Dinant-Godinne

## Le S.P.H.T.

Séjour post-hospitalier de transition



# Stratégie de Saint-Thomas et du CHU

- Offrir le plateau le plus complet possible de services résidentiels extra-hospitaliers
- S'inscrire dans la politique du maintien à domicile en développant des services alternatifs à l'hébergement classique
- Etre acteurs à part entière dans le développement d'un réseau de soins intégrant l'hospitalier et l'extra-hospitalier
- Réduire les journées d'hospitalisation se situant en dehors des durées de séjour moyennes de l'hôpital

# Définition

- Personnes âgées séjournant au CHU Dinant-Godinne et dont la situation de santé ne nécessite plus un environnement technique, de soins et de traitement aigus mais dont le retour à domicile immédiat soulève quelques problèmes:

- L'état de santé nécessite encore des soins de plaies, des soins de nursing
- Le manque d'autonomie du patient nécessite encore l'encadrement d'une équipe pluridisciplinaire d'infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes et aides-soignantes pendant quelques temps (Convalescence, Revalidation, Réadaptation d'une point de vue gériatrique)

# Commission de Coordination

- Création d'un groupe de travail composé de Médecins, de membres des équipes soignantes pluridisciplinaires et de travailleurs sociaux et des directions des deux Institutions

# Commission de Coordination

## Missions :

- Identification des ressources humaines et techniques disponibles vs nécessaires
- Evolution du coût patient: minimiser la charge (intervention assurance complémentaire libre)
- Détermination de la durée de séjour minimale et maximale [15 à 40 jours] → assurer un taux de rotation
- Fixation des critères d'admission et d'exclusion
- Motifs des admissions
- Fixation et organisation de la procédure d'admission
- Evaluation qualitative et quantitative du service rendu

# Critères d'Admission 1/3

1. Avoir séjourné au CHU de Godinne  
(cas particuliers depuis les urgences)
2. Avoir plus de 60 ans
3. Etat de santé stabilisé – les pathologies peuvent être traitées par le médecin traitant

# Critères d'Admission 2/3

**4.1 Sont admissibles** : MRSA – canule trachéale – sonde naso-gastrique – gastrostomie – sondages intermittents – traitements spécialisés programmés (radiothérapie, dialyse)

**4.2 Sont exclus** : Patients agités ou présentant des symptômes comportementaux agressifs – Porteurs de germes résistants et susceptibles de les disséminer par déambulation – Phase terminale ou en soins palliatifs avancés

# Critères d'Admission 3/3

5. Avoir des besoins de nursing évalués par la grille de Katz

MRPA - MRS

Répartition des 15 Lits SPHT

Catégories



# Motifs d'Admission

1. Patients qui requièrent encore des soins de nursing et/ou de revalidation physique et/ou psychosociaux afin d'assurer le retour à domicile (objectif prioritaire) dans les meilleures conditions possibles (garantie du maintien à domicile)
2. **ACCUEIL DE CRISE**
  1. Conjoint dépendant d'un patient hospitalisé
  2. Patients admis aux urgences et n'ayant pas besoin d'hospitalisation (Burn out de l'environnement immédiat)
3. Patients qui sont en attente d'une admission dans une autre MRPA-MRS

# Organisation et Procédure (1)

Médecin du service hospitalier



Service social



Gériatrie de liaison

Evaluation gériatrique globale

Les critères concernant la santé et le motif de la demande sont examinés par le médecin de la gériatrie de liaison en concertation avec le médecin demandeur et le médecin traitant et la famille (fixation de la durée de séjour et du projet social)



Demande effectuée par le Service Social  
à l'Institut Saint-Thomas



# Organisation et Procédure (2)

Prise de contact sur place par l'Institut Saint-Thomas  
Validation des critères et programmation de l'admission



Elaboration du dossier de transfert complet  
(Médical – infirmier – pharmacie – Kinésithérapie)



Admission à l'Institut Saint-Thomas



Suivi médical par le médecin traitant  
Réévaluation hebdomadaire du projet



Planification de la sortie en accord avec le médecin traitant,  
la famille et l'équipe pluridisciplinaire  
en fonction du projet social établi

# Présentation des cas au coordinateur

Discussion sur le bien fondé de la demande



Informations médico-sociales du patient



Analyse de la correspondance aux objectifs



Elaboration d'un projet social



Retour à l'Institut: Programmation des entrées par le service social et le coordinateur qui gèrent les disponibilités

# Statistiques

Sur un échantillon  
de 1181 résidents



# Quelques chiffres ...

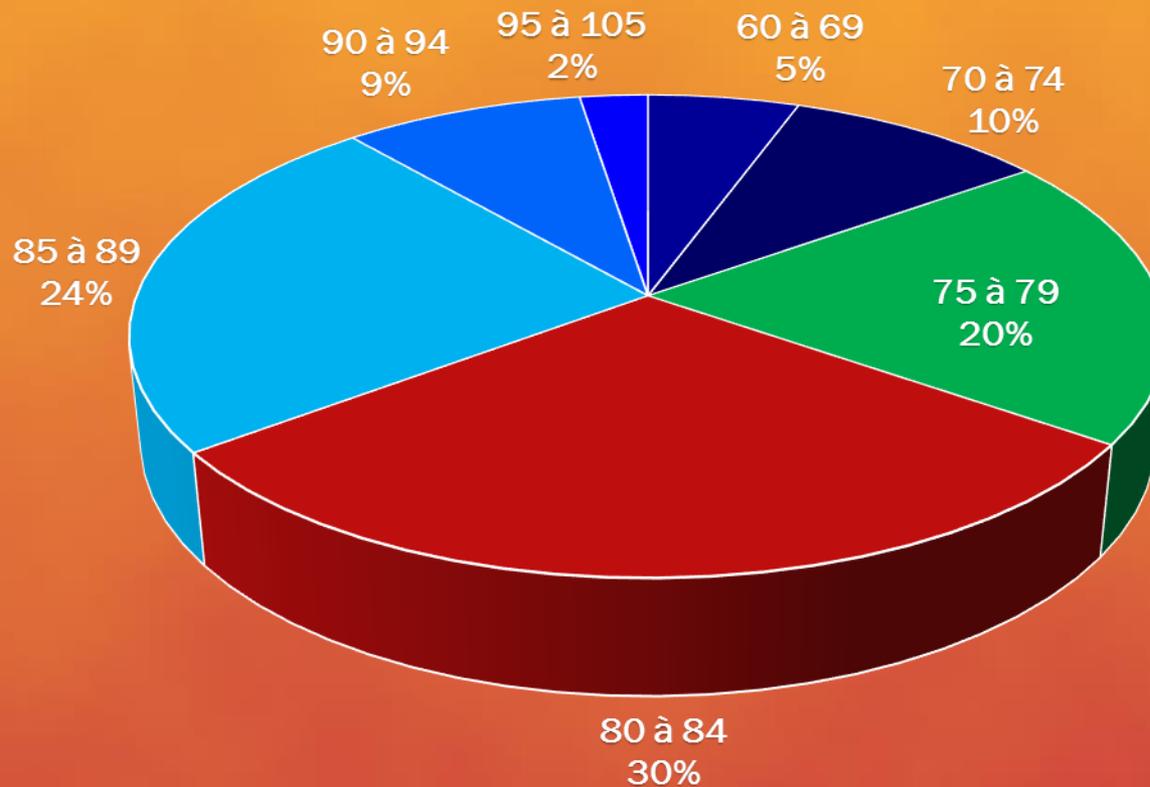
- Délai entre la demande faxée par la liaison gériatrique et l'admission à Saint-Thomas **9 jours**
- Délai entre l'annonce de la date de sortie et l'admission à Saint-Thomas **5 jours**
- Nombre d'admissions par semaine **3,28/semaine**

# Objectif: Taux d'Occupation

1. 1<sup>er</sup> patient entré le 16 février 2009
2. Début des statistiques le 01 avril 2009

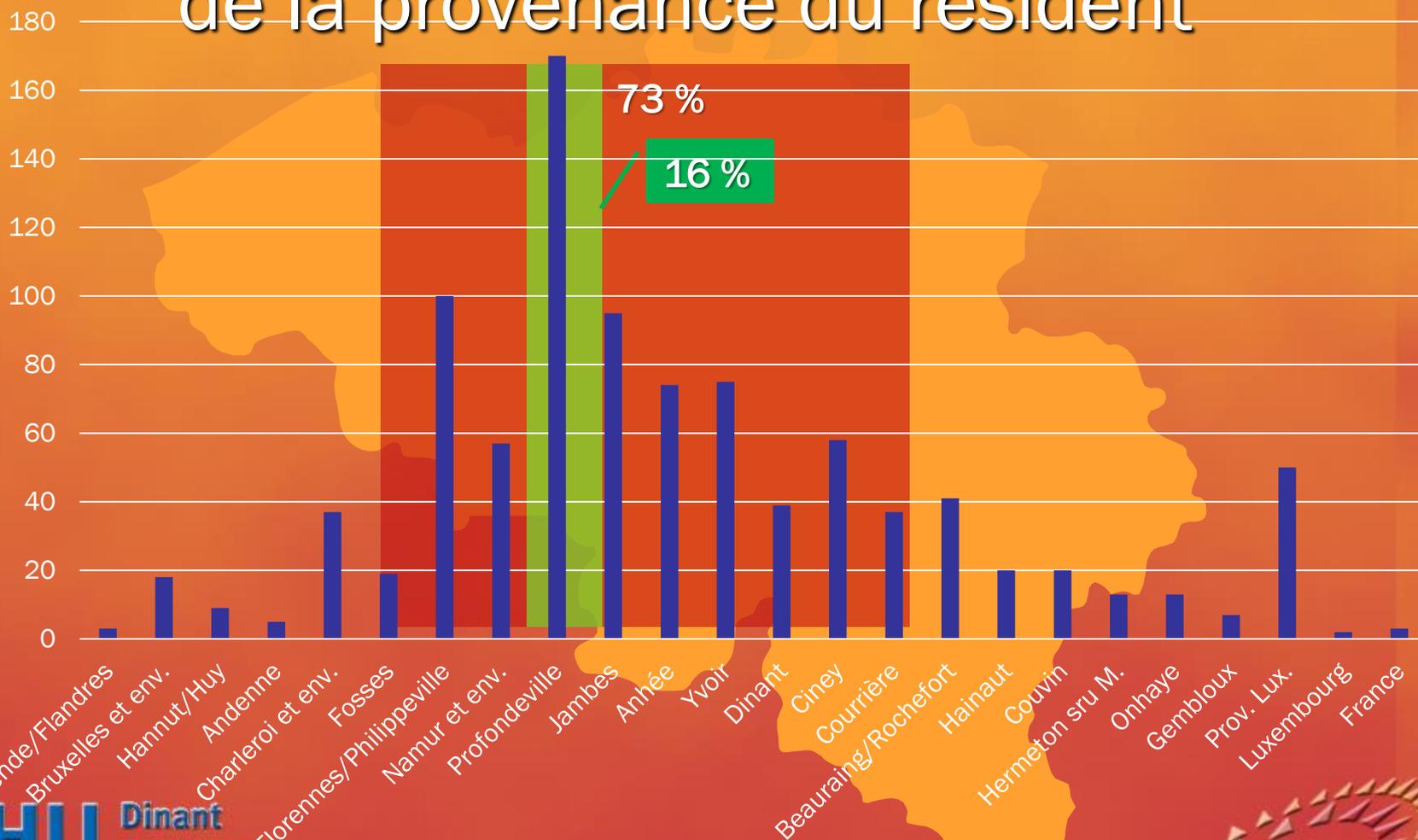
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	(de février à décembre)							De janvier à mi-septembre
Taux d'occupation moyen	81,26%	89,75%	91,74%	91,26%	90,37%	94,76%	92,74%	91,26%

# Age de la population concernée



Age moyen SPHT : 81 ans  
Age moyen Institut : 86 ans

# Proximité géographique de la provenance du résident

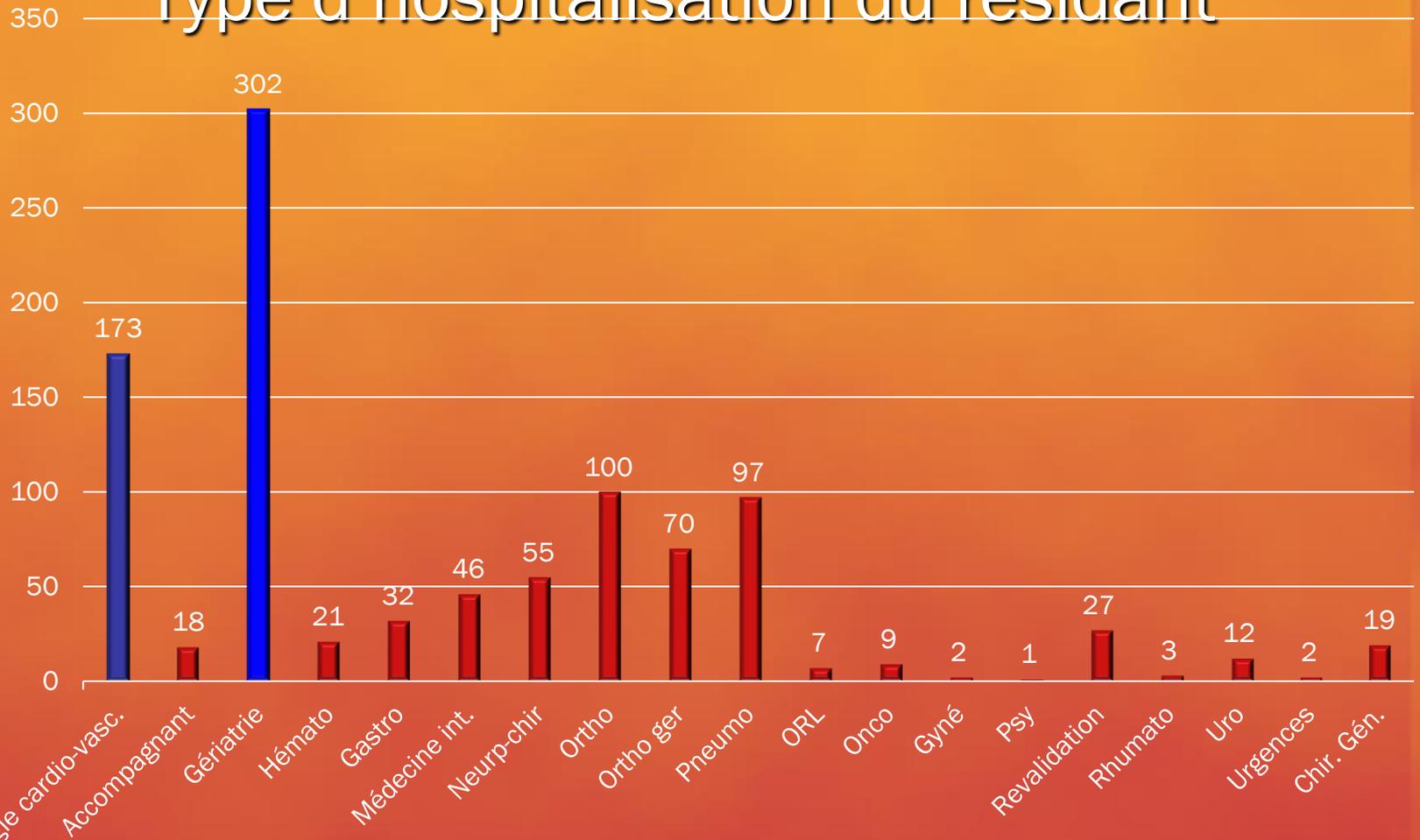


# Proximité géographique de la provenance du résident

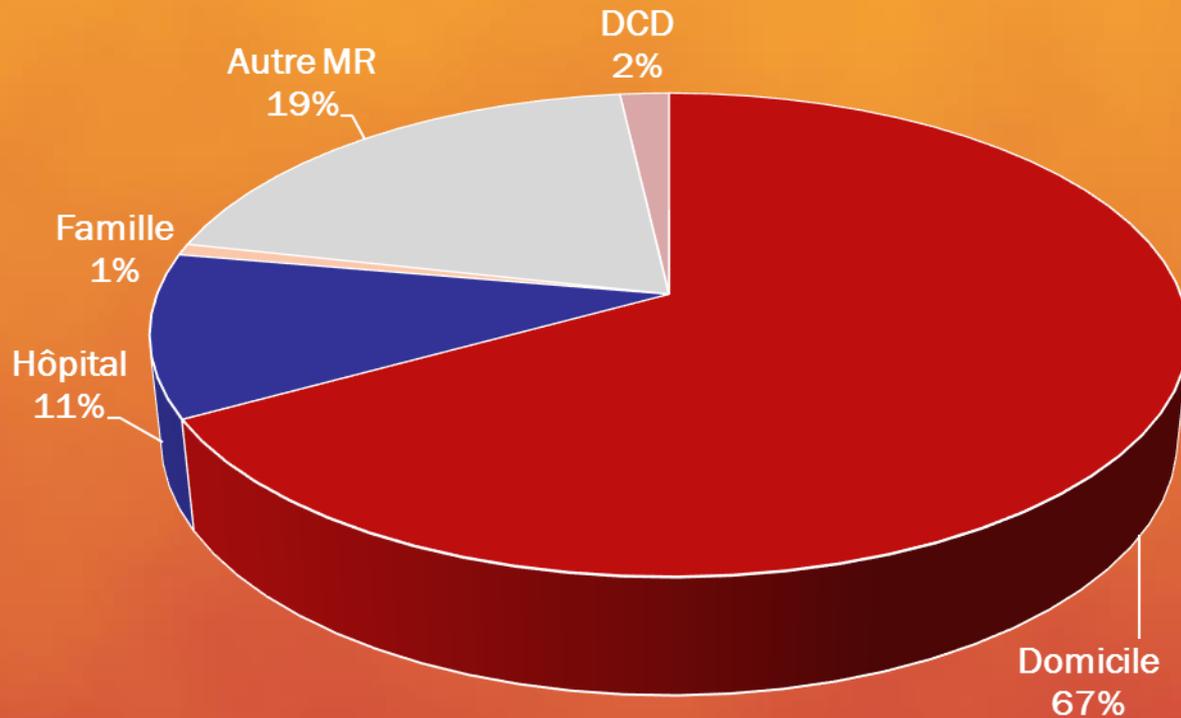


En terme de géo localité,  
les 59% sont concentrés  
dans un rayon de 25 km

# Type d'hospitalisation du résidant

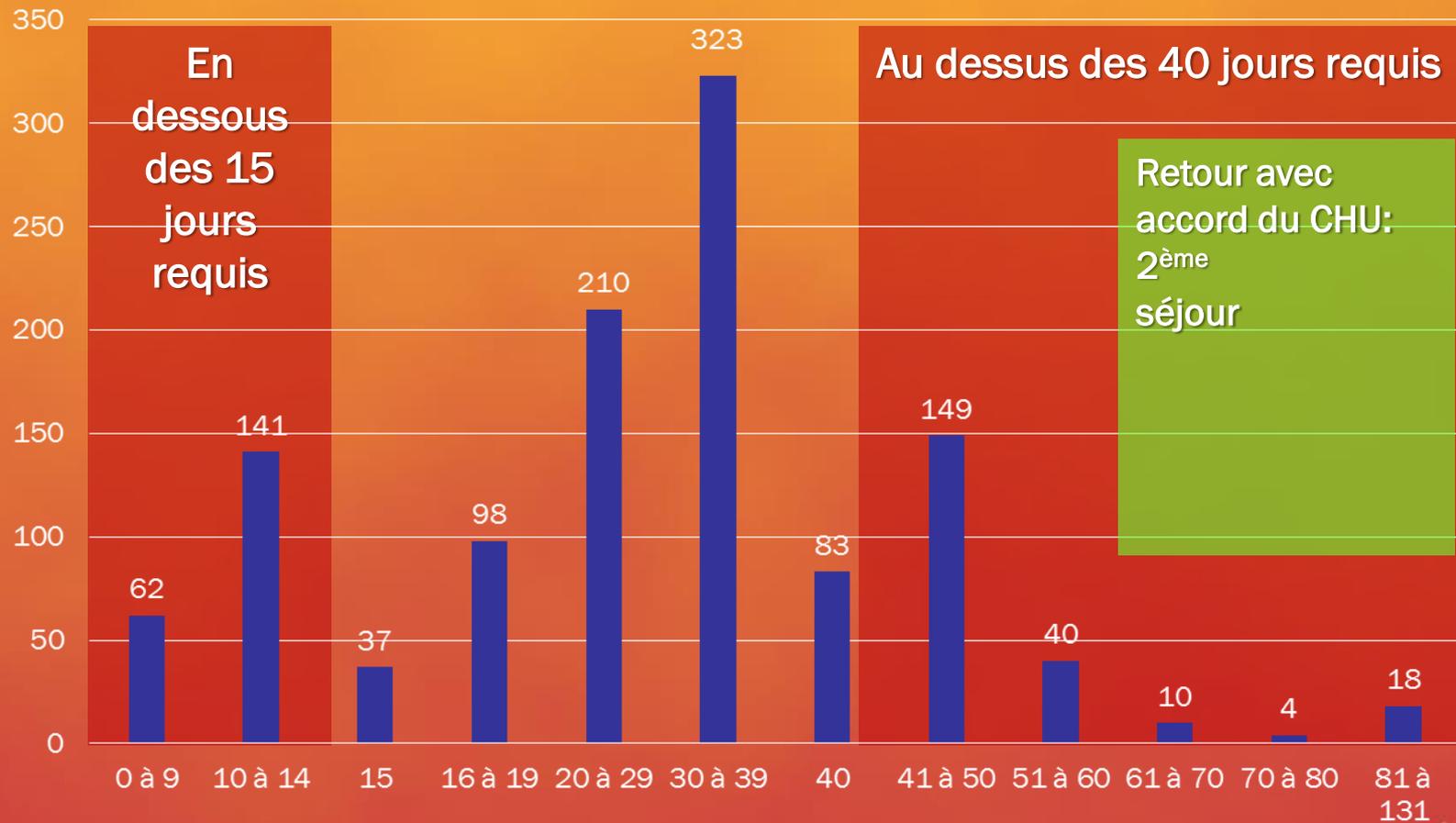


# Majorité de retours à domicile



- Sur 231 « Autre MR »:
- 74 sont rentrés chez nous (soit 32%)
  - 15 sont rentrés chez Alégria nos voisins

# Durée moyenne de séjour = 31,67 jours



# Nombre d'entrées au SPHT par an comparé à la durée de séjour moyen

	2009 (de février à décembre)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (de janv. à mi-sept.)
Nombre de résidents	106	163	150	156	145	171	177	117
Durée de séjour moyen	30,87	32,08	30,27	31	32,61	28,65	27,15	29,57
Taux d'occupation moyen	81,26%	89,75 %	91,74%	91,26%	90,37%	94,76%	92,74%	91,26%

# Suivi de patient pendant et après leur séjour hospitalier

Auteurs : Assira A, Poulain G, De Saint-hubert M, Fronville  
V, Schoevaerds D, Swine C, Infirmières De Liaison  
Gériatrique, Bouchat V, Domeki S

# Etude: Cohorte rétrospective De 157 patients

- De l'admission aux CUMG à 3 mois après sortie revalidation-réhabilitation à l'IST
- Période d'inclusion en SPHT :  
du 27 mars 2009 au 31 Mai 2010

# Aides présentes au domicile avant l'admission :

Différents types d'aides formelles et leur répartition:

Types d'aide	Avant	%	Après	%
Infirmière (I)	68	43	67	43
Kiné (K)	33	21	52	31
Aide-familiale (A-F)	72	56	56	36
Repas (R)	92	59	113	71
Téléalarme (T)	24	15	32	20
Aucune aide	24	15	5	3

# Evaluation fonctionnelle en fin de SPHT à l'Institut Saint-Thomas

- 25 (16%) jouissent en sortant d'une bonne autonomie
- 20 (13%) restent dépendants pour les AVJ
- La grande majorité (68%) a amélioré son état fonctionnel
- 18% l'ont stabilisé
- 13% l'ont dégradé

# Evolution à trois mois

Données d'évolution: par appel téléphonique et consultation du dossier informatique

- 1. Evolution fonctionnelle:
  - Amélioration : 41 patients, soit environ 1/3
  - Stabilisation : 58 patients
  - Dégradation : 6 patients
  - Perdus de vue durant récolte de données : 52 patients

# Conclusions 1/3

- Le SPHT : réel bénéfice fonctionnel pour la plupart, maintenu à 3 mois
- Fréquence des retours à domicile et amélioration fonctionnelle conditionnées par :
  - bonne sélection des patients, assurée par expertise « équipe de gériatrie de liaison » en concertation avec le kinésithérapeute de l'IST, coordinateur du projet de rapprochement « SPHT » entre CHU et IST

# Conclusions 2/3

- Remarque fréquente: durée de réhabilitation insuffisante avec parfois nécessité d'un second séjour dans autre MRS avant retour au domicile
- SOUHAIT : Que de telles collaborations soient testées dans les réseaux de soins gériatriques

# Conclusions 3/3

- L'optimisation de la qualité des soins ainsi obtenue permettrait :
  - ↓ durée des séjours hospitaliers en désengorgeant les lits de soins aigus
  - = véritable forme de prévention secondaire

# Souhaits pour l'avenir

- Associer les services de Soins à Domicile dans le projet afin de compléter le réseau
- Avoir la reconnaissance et la validation du projet pour « Bon service rendu à la population »
- Faire des émules afin que l'idée et le projet se développent tout autour de nos hôpitaux

Merci beaucoup  
pour votre attention

Avez-vous des questions?

