PV: Groupe de Travail projet de révision de l'enregistrement préhospitalier 28/09/2022

Présents :

Braija Sami Smals – Breda Antoon HVZ Fluvia – Bressinck Guy FOD VVVL ICT - Claeys Benedikte FOD Volksgezondheid - De Gryse Pascale FOD VVVL ICT - De Hermicourt De Grunne Emmanuel E Health - De Prins Carlo Hulpverleningszone Zuid-West Limburg - Descheemaeker Jeroen Smals – Deschildre Dennis FOD VVVL - DURET Alain ZSLUX - Maarten Cottyn FOD VVL – Hannelore Andries FOD VVL- Jean-Marie FOD VVL - Haouari Yousra FOD VVVL – Henderickx Guido Noodcentrale 112 Antwerpen – Kuipers Lieselotte IBZ – Lambiet Olivier SPF Santé publique – Lhoest Dominique ASTRID – Lukyamuzi Jesse Abiware – Ndizeyé Jean-Marie SPF Santé Publique – Rombouts Lisa Tolk VGT-NL – Schyns Benoit SPF Santé publique – Taveirne Kelly FOD VVVL – Triest Wayne FOD VVVL – Trubbia Cataldo SPF Santé Publique DBI - Van de Voorde Patrick FOD VVVL - Van Kerkvoorde Jordy Endare – Vannieuwenhoven Anthony ZOHE – Vilain Xavier NV ASTRID - Wellens Patricia Jessa ziekenhuis - Zandona Régine SPF Santé publique – Gillard Jean-François SPF Santé publique – Robin Nicolas SIAMU – Bert d'Alleine FOD VVVL – Vansimpsen Christophe FOD VVVL via Teams – Tom Leenhouwers Ambuce via Teams – Sandro Di Turi Ambuce via Teams - Eveline Depuijdt FOD VVVL DBI via Teams – Delfien Verhelst FOD VVVL DBI via Teams - Gijselman Maarten CityGIS via Teams.

Présentation et court rappel du projet de la révision de l'enregistrement préhospitalier :

Le groupe de travail est issue d'un appel à candidature volontaire lors du Kick Off du 08/06/2022.
La révision a pour but d'améliorer l'échange d'information entre les différents intervenants dans la chaîne de soins de santé. Cette révision repose sur la simplification administrative tout en garantissant la bonne continuité des soins médicaux d'urgence et le service rendu aux citoyens.
Grâce à la récolte de données ciblée et adaptée, des simulations stratégiques et politiques seront plus efficace pour programmer les ressources dans une zone géographique bien spécifique.
La révision permettra également une « harmonisation » supra-provincial de toutes les ressources techniques tels que les logiciels utilisés dans le centre de secours 112 (un seul logiciel City Gis C&D).
L'harmonisation vise aussi à rendre la distribution des moyens plus efficace en fonction de la demande soins de santé. La révision sera certainement un tremplin important pour revoir la collecte des variables cliniques ainsi que leurs utilisations stratégiques à tous les niveaux de la chaîne des soins.

But du groupe de travail :

Les membres du groupe de travail sont issue de différents secteur de la chaîne des soins.
Le groupe a pour objectif d'apporter une expertise et une connaissance pratique du terrain dans les différents thèmes qui seront abordés lors des réunions du groupe de travail.
Les recommandations seront développées au sein du groupe de travail, le groupe de travail est un comité de réflexions qui servira à l'élaboration du rapport final du projet. Un document de travail a été établit et envoyé à chaque membre du groupe de travail. Ce document de travail sera notre fil conducteur pour toutes les discussions et propositions.

Le FLUX tel qu'il devrait être :

Un schéma du flux tel qu'il devrait être est présenté pour approbation et suggestions d'amélioration.

Brainstorming sur le FLUX proposé :

Première partie du schéma : détail du traitement d'un appel en CU112

SIAMU :

- T0 : traitement de l'appel et "nécessité d'envoyer un moyen", ce n'est pas nécessairement le calltaker qui le décide lui-même mais selon les directives du BHMR. Ceci en tenant compte de l'introduction de la 1733 à l'avenir.
- Patient non présent patient trouvé : OUI la flèche doit retourner à "vérifier l'état du patient" car il sera évalué si trouvé.
- Refus de transport à l'hôpital : doit être confirmé par le PIT/SMUR (c'est-à-dire l'infirmièr(e) d'urgence ou le médecin d'urgence) après contact via CU112.
- Un ambulancier/secouriste ne peut pas décider lui-même de ne pas emmener le patient à l'hôpital. Le CU112 est contacté en premier. Le CU112 fait une évaluation avec le secouriste et, si nécessaire, un PIT ou un SMUR est envoyé sur les lieux.

Cellule terrain :

- L'appel, la fiche d'intervention, l'envoi du moyen, toutes ces données sont reçues et traitées par les centres d'urgence.
- Réception des SDS : les pratiques peuvent différer selon les clusters mais l'objectif final doit être le même partout au niveau fédéral.
- Les données des paramètres cliniques doivent pouvoir être récupérées pendant leur collecte.
- **les actions chronologiques de l'opérateur CU112 :**
  - o enregistrer un appel
  - o demander les détails de l'appelant : le patient :
  - o adresse : commune, rue, maison ou genre de bâtiment
  - o le type de lieu d'intervention (public, maison privée/apptm/... ?)
  - o quel est l'événement, quelles sont les circonstances ?
  - o âge et antécédents médicaux pertinents du patient ?
  - o le statut du patient :
    - Le patient est-il toujours conscient ?
    - 3 questions essentielles : le patient parle-t-il/ bouge-t-il encore + le patient a-t-il les yeux ouverts ?
  - o utiliser le protocole BHMR pour déterminer le code et la gravité de l'intervention

  - o Selon le protocole BHMR et le niveau de gravité, et en fonction du nombre de victimes, plusieurs moyens peuvent être envoyés.
    - 2 ressources = MUG + ambulance

o instructions préalables à l'arrivée (PAI) de l'appelant/patient en fonction du protocole et du niveau de gravité – toutes les CU112 ne travaillent pas de même façon.
o si l'opérateur envoie une ressource, l'opérateur doit rester en contact avec la ressource pour s'assurer qu'elle part
o toutes les questions clés sont résumées à nouveau avec l'appelant/patient et il lui est demandé de confirmer à nouveau son adresse.
o l'opérateur raccroche ensuite, mais l'appelant peut être invité à rappeler au cas où l'état du patient se détériorerait. L'opérateur ne raccroche pas pendant la communication téléphonique lors d'une réanimation. La CPR est également possible dans d'autres cas, l'opérateur fournit une assistance pour le massage cardiaque ten indiquant le rythme. Non seulement dans le cadre du CPR téléphonique, mais aussi dans situations/protocoles, par exemple. L'opérateur reste en ligne jusqu'à l'arrivage du moyen AMBU ou MUG.

- pendant ce temps, la fiche d'intervention est préparée
- indicateurs clés au cours de ce processus :
  - o temps de décrochage = temps d'attente des appels CU112
  - o temps de prise d'appel = call handling time CU112
  - o temps de départ (T2 du moyen) = heure de départ de la ressource 112 = T2

Abiware :

- Traitement différent du "document de refus de transport" : il n'est actuellement pas clair si le document a une valeur juridique.

Cellule terrain :

- Aucune valeur juridique n'est attachée à ce document.
- Dans certaines régions, le document n'est pas utilisé car le patient est de toute façon emmené à l'hôpital.
- Apparemment, il existe une circulaire qui règle le refus, en la remplissant et en la scannant par Ambureg. Mais cela n'est pas possible sur le terrain. – VOIR PLUS HAUT

Cellule terrain :

- En cas de litige, l'appréciation relève du tribunal.
- Un ambulancier ne devrait pas refuser un patient, cela va à l'encontre de son serment- Ne pas aider une personne dans le besoin !!!!.
- Il a été constaté qu'il existe différentes méthodes de travail ou d'évaluation du refus du document de transport dans les différents clusters. L'intention est d'avoir la même méthode de travail dans tous les clusters. Mais un processus/une méthode de travail devrait d'abord être élaboré(e) (éventuellement par l'automatisation et la mise en œuvre dans tous les clusters).
- Le patient peut refuser un transport, mais il doit être informé de manière correcte et précise de ses droits et des conséquences éventuelles d'un refus.
- Il existe des protocoles qui expliquent les procédures qu'il faut appliquer.

Cellule terrain :

- Bon à savoir qu'un MUG ne s'enregistre pas à Ambureg – Des données relevantes ?

Cellule terrain :

- Que se passe-t-il si un(e) infirmièr(e) de PIT se déplace avec l'ambulance ? ils peuvent en principe décider eux-mêmes de l'état du patient et donc un PIT ou un SMUR ne doit pas nécessairement être appelé via le CU112 pour leur évaluation médicale.

Cellule terrain :

- Dans ce cas, toute personne conduisant une ambulance est autorisée à accomplir les actes d'un ambulancier (HVA). Même s'ils ont une formation d'infirmier PIT ou
- de médecin urgentiste, ils ne sont autorisés à effectuer que les actes d'un HVA. En effet, le personnel PIT et MUG travaille selon les indications permanentes d'un médecin, ce qui constitue une différence par rapport à l'HVA.
- Un PIT a un flux qui lui est propre. En gros, ils repartent à leur poste de travail après avoir examiné le patient.
- Ne vaut-il pas mieux définir la formation du personnel et non les moyens ?

SIAMU ou HVZ LUX :

- Lorsque l'ambulance doit être nettoyée, désinfectée ou pour des raisons techniques retourner à la base :
  - o pendant le nettoyage du moyen T9
  - o une fois propre contacter CU112 pour se rendre à nouveau disponible
  - o Ces statuts doivent être correctement transmis par les services d'ambulanciers au CU112.

HVZ Fluvia :

- Il a été observé qu'il y a trop de données provenant de fiches d'intervention inutiles qui entrent dans la base de données SDS.

  - o par exemple, les rayonnages hors service,
  - o par exemple, les fiches d'intervention qui sont créées deux fois dans NC112 et transmises à plusieurs ressources (souvent des ressources de la même permanence), polluant la base de données SDS et tirant également vers le bas leur taux d'enregistrement car, bien entendu, seule 1 fiche d'intervention est remplie.
  - o Confirmation de ce problème par différents services
  - o Suggestion : enregistrer l'intervention uniquement si elle est suivie d'une action/intervention efficace.
  - o Dans les CU112, les ressources disponibles sont affichées chez différents opérateurs.
  - o Ce qui peut aussi être une cause est que les services d'ambulance ne communiquent pas leurs disponibilités.

IBZ :

- Lorsque le service d'ambulance change de moyen et ne le notifie pas le NC112.
- Lorsque l'ordre de départ établi dans C&D n'est pas respecté.
- Au début de lancement d'Ambureg, l'intention était d'envoyer effectivement des appels de mise hors service à CU112, après quoi l'opérateur CU112 met la ressource hors service en utilisant un fichier d'intervention et cette ressource obtient ainsi la confirmation que sa ressource a bien été mise hors service.

HVZ Fluvia :

o Les partenaires trouvent ce retour d'information utile, mais il ne devrait pas se faire par le biais d'une fiche SDS.
o Cela créerait des enregistrements d'intervention en double et affecterait ainsi le taux d'enregistrement.

Abiware :

- Le système Ambureg devrait permettre aux services d'ambulanciers de supprimer eux-mêmes les fiches d'intervention en double. (Intégrateur)
- Le taux d'enregistrement peut-il être calculé sans tenir compte des valeurs en double ? (Intégrateur)
- Ainsi, un ambulancier ne recevra sur la tablette Ambureg que le SDS avec la fiche d'intervention lorsqu'il va partir ou qu'il est déjà parti, telle est la question de IBZ.

HVZ Fluvia :

- Les SDS ne sont donc transmis qu'à la ressource alertée sur T2 ? Ou insérez une confirmation à partir du statut CU112 CONFIRMED.
- Une autre possibilité serait que lorsque tous les temps sont manquants, la course est considéré comme nul.
- Pasop AV komt steeds door. Ik zou niet enkel het ontbreken van T2 nemen want dan kan bij het vergeten van een centralist.

IBZ :

- fait toutefois remarquer que la tablette Ambureg est également utilisée par de nombreux services d'ambulanciers comme moyen d'alarme et qu'il est alors trop tard pour transmettre un SDS à l'heure T2.
- suggère d'examiner la pratique de la CU112 et la façon dont elle est programmée pour bien comprendre comment des enregistrements d'intervention en double peuvent se produire - ou être évités.

SIAMU :

- Les permanences avec 1 ressource et/ou peu d'interventions par jour ne connaîtront pas d'erreurs. Mais il est difficilement réalisable que des permanences avec de nombreuses ressources et de nombreuses interventions soient exemptes d'erreurs.
- Le statut de l'opérateur après avoir alerté la ressource 112 "confirmé" est un moins bon statut que le statut "quittant la ressource" = T2 - voir aussi la proposition IBZ ci-dessus.

Cellule terrein :

- Selon les collègues qui ont déjà migré vers le nouveau logiciel CU112, la migration des autres centres d'urgence résoudra le problème des doubles interventions - l'opérateur doit toujours confirmer son choix une 2ème fois.

HVZ Fluvia :

- Proposition solution KT = nouveau statut "confirmé" pour envoyer le SDS et solution LT = possibilité de suppression des doubles interventions dans Ambureg par le service d'ambulance.

IBZ :

- ajoute qu'une solution KT prend également beaucoup de temps car il faut demander une "change request" via NV Astrid à CityGis, puis la mettre en œuvre et la tester. "Dès que possible" est donc une utopie !

Abiware :

- Question au SPF VVVL : calculer entre-temps le taux d'enregistrement d'une autre manière ? (Intégrateur)

DBI :

- suggère d'examiner la question plus en profondeur et comment filtrer les interventions en double de la base de données SDS. Faut-il simplement supprimer tous les doublons ou la suppression doit-elle être plus spécifique ?

SIAMU:

- Le gestionnaire du certificat du service d'ambulances doit avoir la possibilité de supprimer dans Ambureg les interventions doubles de manière efficace et facile. (voir aussi la question intégrateur)
- En tenant compte de la responsabilité finale que les données des centres d'urgence circulent correctement vers les services d'ambulance via le SDS. Il est donc préférable de s'attaquer au problème à la source.

IBZ :

- note que si nous n'envoyons un appel qu'après confirmation du statut T1, le service d'ambulance ne recevra sa fiche SDS sur sa tablette qu'après confirmation de l'appel, en d'autres termes, la tablette ne pourra plus servir d'outil d'alerte. La tablette n'est pas un outil d'alarme mais un outil d'enregistrement.
- La proposition d'IBZ est de donner une démo du logiciel CU112 à tous les membres du groupe de travail. Une utilisation correcte du logiciel et de l'outil d'enregistrement par les services d'ambulanciers et les opérateurs permettrait pratiquement d'éviter les doubles interventions.

Points d'améliorations à suivre lors des prochaines réunions :

1. Problème technique : duplication des fiches d'intervention
    - Ordre de départ – disponibilité – T1 et T2 Confirmed, etc.
    - Données liés à l'adresse d'intervention XML et SDS sont pas toujours identiques

2. Variables
3. Harmonisation du flux des travail – procédure pour toutes les CU112