

		Pathologie	Fréquence d'utilisation USI, personnel, produits (de 0 à 10)	Durée de mobilisation USI, personnel, produits (de 0 à 10)	Durée de mobilisation hospitalisation classique (de 0 à 10)
	SPÉCIALITÉ ALGOLOGIE/CLINIQUE DE LA DOULEUR				
Degré d'urgence 1°					
Degré d'urgence 2°					
Degré d'urgence 3°	Accéléré Intervention dans un délai se chiffrant en jours	<u>PATHOLOGIE</u> Patients sous neuromodulation pour douleurs chroniques	Non	Non	Limitée

		e  <u>INTERVENTIONS</u>  1. Remplissages de pompe intrathécale et/ou révisions en cas de dysfonctionnement 2. Explantation de neurostimulateur infecté			
Électif A	Affection qui, si elle n'est pas traitée dans un délai de quelques semaines/mois, peut entraîner des dommages pour la santé < 3 mois Soins à planifier, en tenant compte de la capacité de l'hôpital et de la flexibilité nécessaire pour la reconversion de capacité	<u>PATHOLOGIE</u>  - Herpès zoster aigu : névralgie post-herpès résistante aux traitements - Douleurs radiculaires lombaires et cervicales (sub)aiguës régissant insuffisamment aux mesures conservatoires	Non	Non	Limitée, prise en charge possible à plus de 95% en hospitalisation de jour

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Névralgie du trijumeau résistante aux traitements</li> <li>- Céphalée en grappe aiguë épisodique résistante aux traitements</li> <li>- CRPS aigu</li> <li>- Effets secondaires/complications lors d'interventions algologiques techniques</li> <li>- Problématique de douleur oncologique difficile à traiter</li> <li>- Traitement chirurgical de la douleur pour soins palliatifs</li> <li>- Autres formes de douleur (spinale) résistante aux traitements</li> </ul> <p><u>INTERVENTIONS</u></p> <p>Traitements de la douleur les plus courants repris à l'art. 12, et en cas de douleurs invalidantes résistantes aux traitements</p>			
--	--	--	--	--	--

		après dépistage par (télé-consultation et justification précise dans le DPI avec consentement éclairé explicite			
--	--	---	--	--	--

**Réserves** : cette liste est indicative et a pour but de fournir un appui. Il reste de la responsabilité du clinicien de tenir compte des spécificités (p. ex. comorbidités) du patient ainsi que de la capacité concrète actuelle et prévue et du contexte de sécurité de l'hôpital. La flexibilité de reconversion de capacité dans le cadre d'éventuelles nouvelles flambées de COVID-19 doit être prise en compte (voir réponse détaillée du Bureau du Conseil supérieur des médecins du 19.04.2020).

**La proposition suppose l'ouverture de consultations** sous réserve de garanties pour toutes les mesures de sécurité (y compris un registre des moyens disponibles).

Les téléconsultations sont encouragées, notamment pour le tri et les renvois par les MG dans le cas de patients dont les plaintes sont vagues.

## Explication du tableau :

\*PATHOLOGIE : il s'agit ici chaque fois, pour votre spécialité, d'une liste non limitative d'affections ou de groupes de pathologies spécifiques, classés si possible dans l'ordre de leur fréquence d'apparition.

\*\*INTERVENTIONS : concerne toutes les interventions diagnostiques et thérapeutiques, qu'elles nécessitent ou non une narcose.

° Degré d'urgence 1 :

Implique une urgence telle que l'établissement du diagnostic et le traitement sont prioritaires sur toute autre activité qui, au besoin, est arrêtée à cet effet (immédiatement).

°° Degré d'urgence 2

Se rapporte à toute intervention diagnostique ou thérapeutique qui doit pouvoir avoir lieu dès qu'elle est possible et qu'elle s'inscrit dans le programme. Si nécessaire, le planning de la journée (du jour même) doit être adapté ou allongé.

°° Degré d'urgence 3

Se rapporte aux actes diagnostiques ou thérapeutiques qui doivent être planifiés le plus rapidement possible à court terme (< 1 semaine).

+ Électif A

Actes diagnostiques et thérapeutiques débouchant sur un plan de prise en charge de la maladie, éventuellement graduel, mais planifié de façon telle qu'il n'entraîne aucune diminution des chances pour le patient, compte tenu de la capacité du moment (avec priorité pour les degrés d'urgence 1, 2 et 3).

Mise en œuvre finale à évaluer et impérativement < 3 mois

++ Électif B

Actes diagnostiques et thérapeutiques n'impliquant aucun risque pour la santé à court ou moyen terme.

Les patients peuvent être vus pour avis même si une planification concrète n'est pas possible dans une période de 3 mois.

Ces actes peuvent toutefois avoir lieu en cas de surcapacité dans les établissements de soins.

En ce qui concerne les colonnes "fréquence" et "durée" attendue d'utilisation de l'USI et la durée d'hospitalisation, les modalités pratiques ad hoc devront être déterminées en parallèle par le médecin en chef en concertation en fonction des possibilités.

L'enquête vise seulement à obtenir un score entre 0 et 10 afin d'avoir une image plus précise des divers éléments.

