

**DONNÉES PHARES**  
DANS LES SOINS DE SANTÉ

Édition 2019

# Hôpitaux Généraux



# Colophon

## SUJET

Sur base de quelques chiffres clés, ce rapport donne **un bref aperçu du fonctionnement des hôpitaux généraux**. A travers quatre chapitres : « Organisation du paysage hospitalier », « Activités de soins au sein des hôpitaux généraux », « Financement des hôpitaux généraux » et « Qualité », certaines tendances relatives au fonctionnement des soins de santé dans ce secteur sont mises en évidence.

## COMITÉ DE RÉDACTION

Les membres de la Direction générale Soins de Santé ; notamment les services « Soins aigus et chroniques », « Financement des hôpitaux », « Management office » et « Data et Information stratégique » et Sciensano.

## EDITEUR RESPONSABLE

Tom Auwers,  
Place Victor Horta 40, boîte 10 – 1060 Bruxelles.

## COORDONNÉES DE CONTACT:



service public fédéral  
**SANTE PUBLIQUE,  
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

Direction générale Soins de Santé

Place Victor Horta 40, boîte 10  
1060 Bruxelles  
T. +32 (0)2 524 97 97 (contact center)

Toute reproduction partielle de ce document est permise avec citation adéquate.

Ce document est également disponible sur le site internet du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement:

[www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)  
et [www.belgiqueenbonnesante.be](http://www.belgiqueenbonnesante.be)

Dépôt légal: D/2019/2196/43

<b>ORGANISATION DU PAYSAGE HOSPITALIER</b>	5
1. Types d'hôpitaux	6
2. Catégorisation des activités hospitalières	7
3. Evolution de l'emploi dans le secteur des hôpitaux généraux	11

<b>ACTIVITÉ DE SOINS AU SEIN DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX</b>	12
1. Séjours à l'hôpital	13
2. Les diagnostics les plus fréquents dans les hôpitaux généraux	20
3. Les soins infirmiers dans les hôpitaux généraux	21

<b>FINANCEMENT DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX</b>	23
1. Sources de financement	24
2. Le budget des moyens financiers	25
3. Les lits justifiés	26

<b>QUALITÉ</b>	27
1. Évolution positive au niveau du respect des directives relatives à l'hygiène des mains	28
2. L'utilisation inappropriée d'antibiotiques en tant que principale cause de la résistance aux antibiotiques	29
3. Pay for performance	31
4. Imagerie médicale	34

# INTRODUCTION

## CHERS LECTEURS ET LECTRICES,

Qui n'a jamais entendu dire que les données sont le « nouveau pétrole » d'aujourd'hui ? Même si certaines attentes quant aux possibilités des données sont à tout le moins irréalistes et utopiques, il est clair qu'une approche intelligente de la collecte, du traitement, du couplage et de l'analyse des données fait désormais partie intégrante de la stratégie de toute organisation qui se respecte et les organisations politiques ne font pas exception.

La Direction Générale des Soins de Santé du SPF SPSCAE dispose historiquement de nombreuses données concernant les domaines des hôpitaux, des soins médicaux d'urgence, des professionnels de la santé et des soins de santé mentale. Cette métaphore qui fait des données le pétrole d'aujourd'hui soulève parfois le constat et la critique que, ces dernières décennies, l'accent a davantage été mis sur le pompage de ce nouvel or noir que sur son raffinage et sa préparation pour le marché et ses utilisateurs.

En 2017, en réponse à cette critique, un exercice approfondi a notamment été mené au sein de la DG Soins de Santé afin de déterminer comment nous pourrions améliorer notre politique en matière de données. Un des axes stratégiques qui a résulté de cet exercice a été celui du développement d'un meilleur accès à nos données et d'une meilleure exploitation de celles-ci. Un des nouveaux produits souhaités dans le cadre de cette stratégie était la mise en place de « briefings politiques » - ou « de données phares » - qui présenteraient des chiffres clés de manière compréhensible et qui les replaceraient dans le contexte des domaines mentionnés plus haut.

De telles données phares se doivent d'être plus détaillées que les initiatives existantes comme le rapport KCE sur la performance de notre système de santé, dont le SPF est partenaire tout en proposant une vision plus globale d'un domaine en particulier que, par exemple, les rapports détaillés de notre DG ou d'autres organisations qui zooment sur un phénomène spécifique dans un domaine concerné.

La première édition de ces données phares est sous vos yeux. Elles se concentrent sur les hôpitaux et en particulier sur les hôpitaux généraux. Il s'agit d'une première tentative, modeste disons-le, de donner aux lecteurs ayant une certaine connaissance préalable des soins de santé et du paysage hospitalier une vue d'ensemble intelligible des données dont nous disposons afin d'améliorer leur compréhension de notre secteur hospitalier. Notre groupe cible est large : les décideurs politiques, les fonctionnaires des différents niveaux de l'administration, le terrain des institutions et les professionnels de santé, les mutuelles et les associations de patients, les partenaires sociaux, les chercheurs et les consultants, etc.

L'approche adoptée n'est de nature ni évaluative ni normative. Les données phares ont avant tout pour objectif de communiquer une série de chiffres clés, de les décrire correctement et de mettre en évidence certaines tendances. Certains chiffres demandent une interprétation supplémentaire. Ce débat peut être ouvert. Dans les prochaines éditions, nous étudierons comment certains de ces éléments interprétatifs peuvent être intégrés pour accroître encore la valeur ajoutée des données phares.

Enfin, les données phares ne se veulent nullement une « initiative insulaire ». Certaines données et chiffres clés sont disponibles auprès de nos partenaires, aussi bien au niveau des autorités qu'au niveau des institutions du savoir. Nous aimerions explorer avec eux comment notre projet et leurs initiatives peuvent être jumelés dans un esprit de coopération et de partage.

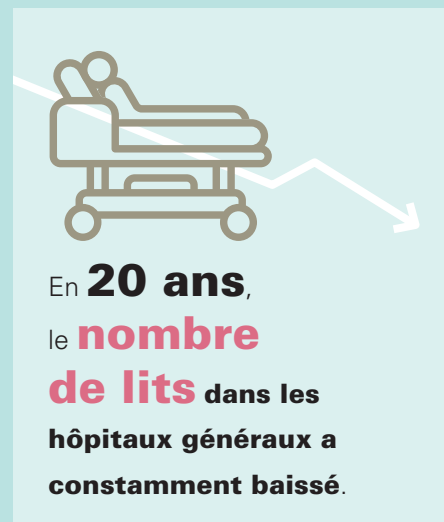
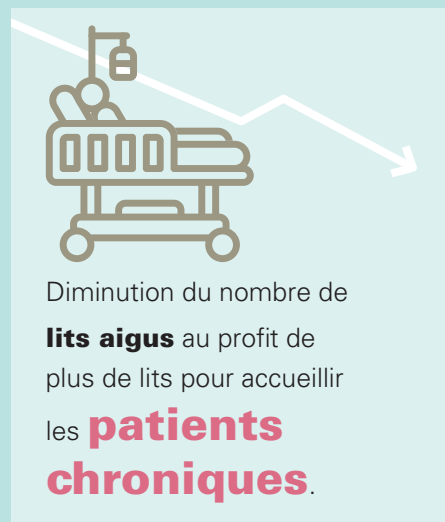
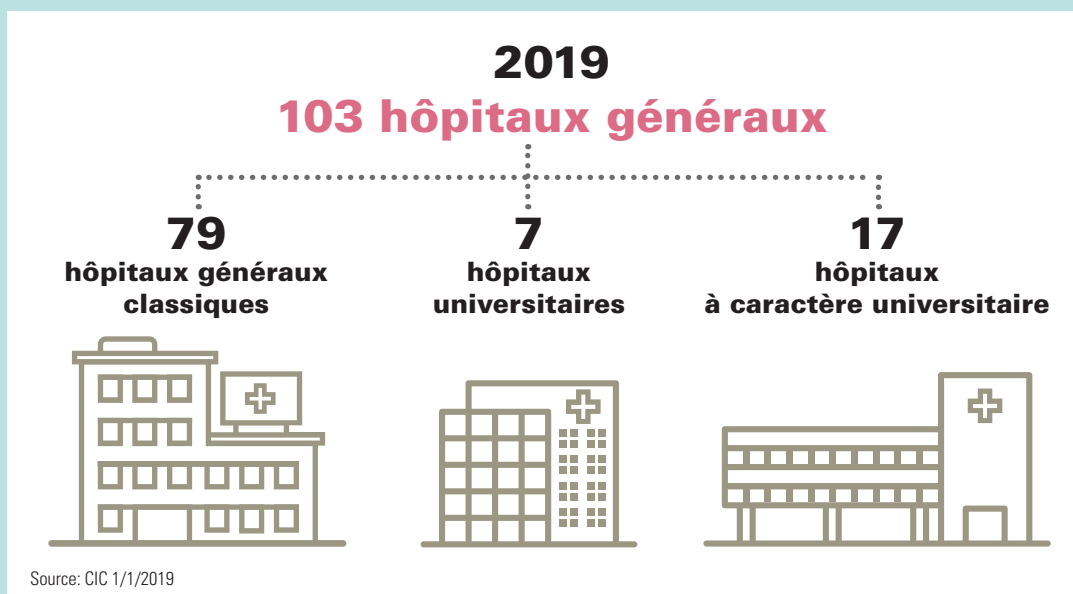
Nous vous souhaitons d'ores et déjà une très agréable lecture et nous attendons vos réactions avec impatience.

**Pedro Facon**

Directeur général Soins de santé

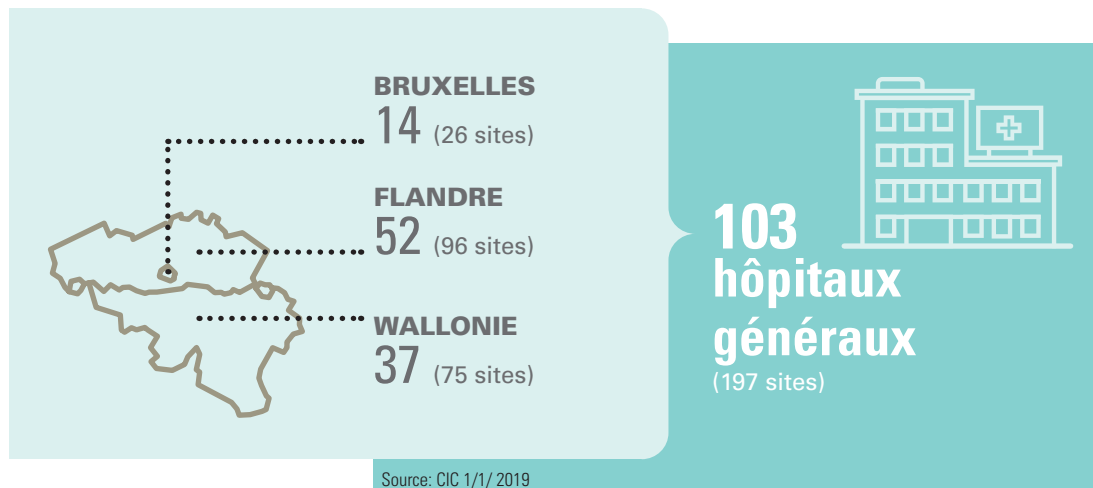
# ORGANISATION DU PAYSAGE HOSPITALIER

## HIGHLIGHTS

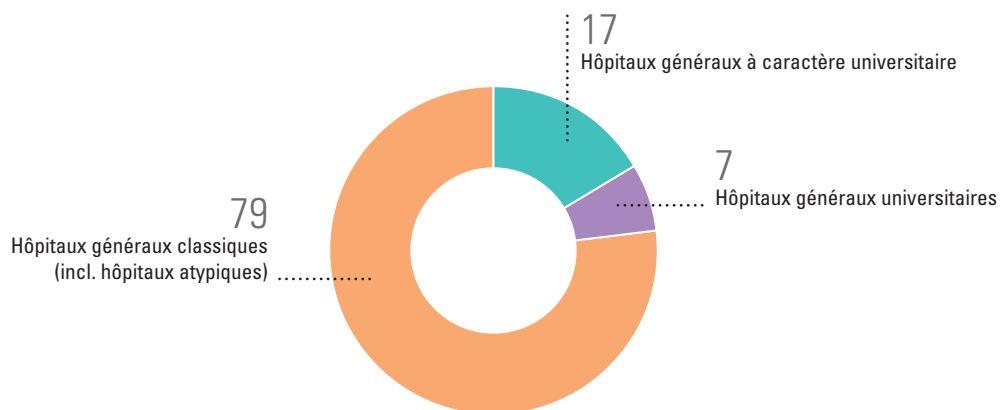


# 1. Types d'hôpitaux

Le présent document s'intéresse aux hôpitaux généraux. Il ne porte donc pas sur les hôpitaux psychiatriques (qui offrent exclusivement des soins aux personnes atteintes de troubles psychiques) ni sur les hôpitaux spécialisés (qui offrent exclusivement des soins gériatriques ou de réhabilitation ou palliatifs).



Parmi les hôpitaux généraux, on peut distinguer 3 sortes d'hôpitaux :



## LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX 'CLASSIQUES'

Il s'agit essentiellement d'hôpitaux qui accueillent les patients aussi bien de jour que de nuit pour une aide médicale spécialisée et offrent des traitements de chirurgie et de médecine interne, complétés par diverses autres disciplines telles que la gériatrie, la maternité, la pédiatrie, la neuropsychiatrie ou la réhabilitation par exemple.

Certains hôpitaux atypiques rentrent aussi dans cette catégorie. Lors de la 6ème réforme de l'Etat, il avait été décidé de transférer, vers les entités fédérées, la compétence sur les hôpitaux spécialisés (offrant exclusivement des prestations de réhabilitation et/ou de gériatrie). Alors que certaines structures concernées ont choisi, à cette époque, de fusionner avec un hôpital général « classique », d'autres ont préféré élargir leurs activités, généralement en y adjoignant des prestations dans le domaine de la psychiatrie. Par défaut, ces structures font aujourd'hui partie des hôpitaux généraux, bien que ne disposant pas de service de chirurgie ni de médecine interne.

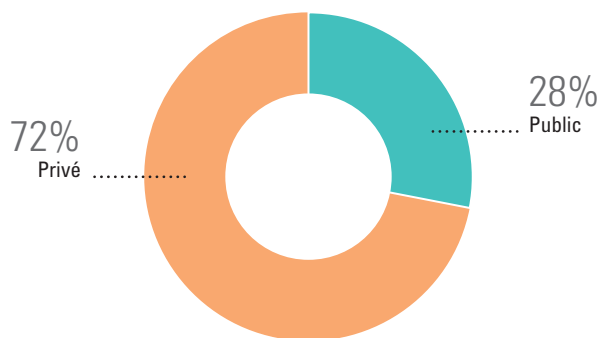
## LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX UNIVERSITAIRES

Ils possèdent les mêmes services que les hôpitaux généraux classiques, mais se voient également attribuer les missions de formation des professionnels de santé, de recherche scientifique et de développement de nouvelles technologies. Ils sont reliés à une université disposant d'une faculté de médecine proposant un cursus complet.

## LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX À CARACTÈRE UNIVERSITAIRE

Il s'agit d'hôpitaux généraux qui se sont vu attribuer un certain nombre de lits universitaires dépendant d'une université.

Le 01/01/2019, sur les 103 hôpitaux belges, 28% sont publics, c'est-à-dire gérés par une autorité publique (commune, intercommunale, province, région...), et 72% sont privés et organisés en Asbl. Historiquement, ces derniers étaient l'émanation de congrégations religieuses, de mutualités, d'universités libres ou d'anciens hôpitaux d'entreprise. Toutefois, vu le nombre important de fusions entre hôpitaux au cours de ces dernières décennies, bon nombre d'institutions sont aujourd'hui un héritage issu à la fois du secteur public et du privé. La loi sur les hôpitaux s'applique indistinctement au secteur public comme au secteur privé et leur financement par les pouvoirs publics est identique.



## 2. Catégorisation des activités hospitalières

**L'hôpital est caractérisé par son activité organisée en services, fonctions et programmes de soins.**

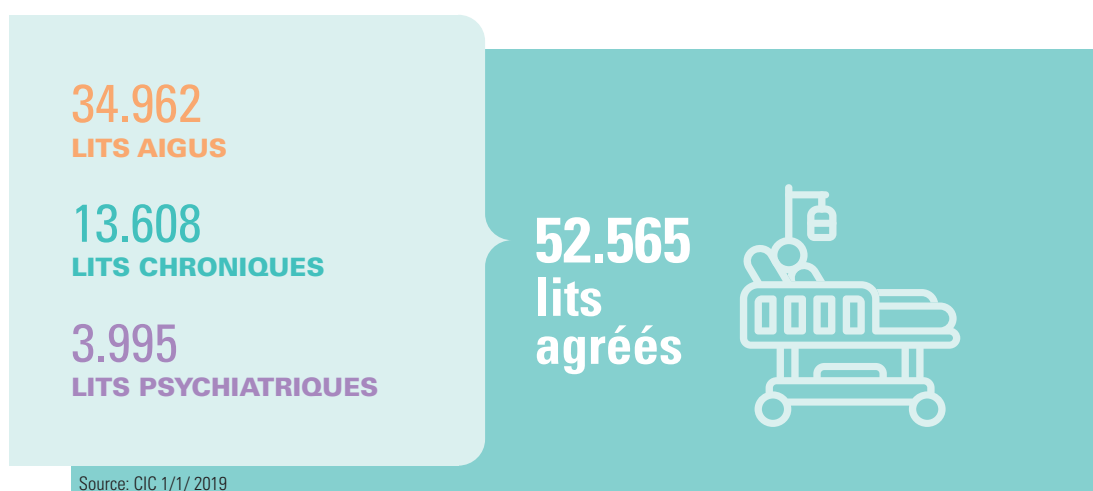
**Les services** regroupent des activités auxquelles correspond une localisation précise au sein de l'hôpital. On distingue les services d'hospitalisation, où les patients résident pendant leur séjour à l'hôpital et les services médicaux ou médico-techniques, où certaines prestations spécifiques nécessitant une expertise ou un appareillage particulier sont dispensées. Parmi les services médicaux, on peut citer les centres de transplantation ou centres pour les grands brûlés. Parmi les services médico-techniques, on peut citer les services d'imagerie médicale (CT-scan, RMN, Pet-Scanner...), les centres de génétique humaine, les services de radiothérapie ou encore les centres de dialyse rénale.

**Les fonctions** sont des activités hospitalières mises à disposition pour l'ensemble des services de l'hôpital. Plusieurs fonctions font l'objet de normes spécifiques et d'un contrôle de la part de l'autorité d'agrément (communauté ou région) : la pharmacie hospitalière, la fonction de soins palliatifs, les soins intensifs/d'urgence, la banque de sang hospitalière, la médiation, la prise en charge de la douleur, le laboratoire de biologie clinique...

**Les programmes de soins** peuvent être définis comme un cadre organisationnel permettant d'implémenter des « trajets de soins » pour un groupe-cible de patients. Ils résultent d'un agencement entre services d'hospitalisations, services médicaux ou médico-techniques et fonctions nécessaires pour une prise en charge de qualité.

#### Il existe actuellement plusieurs programmes de soins :

- **Le programme de soins 'pathologie cardiaque'** qui est proposé aux patients présentant des troubles du rythme cardiaque ou une insuffisance cardiaque. Il comporte plusieurs sous-parties liées à différents types de traitements : procédures invasives ou interventionnelles, électrophysiologie, placement d'un pacemaker, transplantation cardiaque.
- **Le programme de soins 'médecine de la reproduction'** qui englobe plusieurs activités telles que le diagnostic et le traitement de problèmes de stérilité, y compris l'indication de recourir à des techniques de PMA (Procréation Médicale Assistée).
- **Le programme de soins pour le patient oncologique**, qui comporte une version 'de base' et une version plus spécialisée. Un programme spécifique est aussi décrit pour le traitement du cancer du sein.
- **Le programme de soins pour enfants**, axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies chez les enfants et prévoyant un encadrement, une infrastructure et des équipements parfaitement adaptés aux besoins des enfants.
- **Le programme de soins pour le patient gériatrique**, qui s'adresse à la population de patients gériatriques ayant une moyenne d'âge de plus de 75 ans et qui requièrent une approche spécifique en raison de comorbidités ou de fragilités liées à l'âge. Le programme est axé sur le diagnostic, le processus thérapeutique et la revalidation du patient gériatrique en collaboration étroite avec les acteurs professionnels de la première ligne.
- **Le programme de soins pour les soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC)**, subdivisé en 2 sous-programmes : l'un comportant des soins non invasifs, l'autre visant les traitements à caractère invasif.



## 2.1. Les types de services d'hospitalisation

Les services d'hospitalisation sont regroupés en 'unités de soins' dans chaque hôpital. Chacune d'entre elles offre une forme de soins spécifiques destinée à un sous-groupe de patients. Pour chaque service, un index identifiant le sous-groupe de patients est attribué. Plus de 25 index spécifiques permettent de classer ces services.

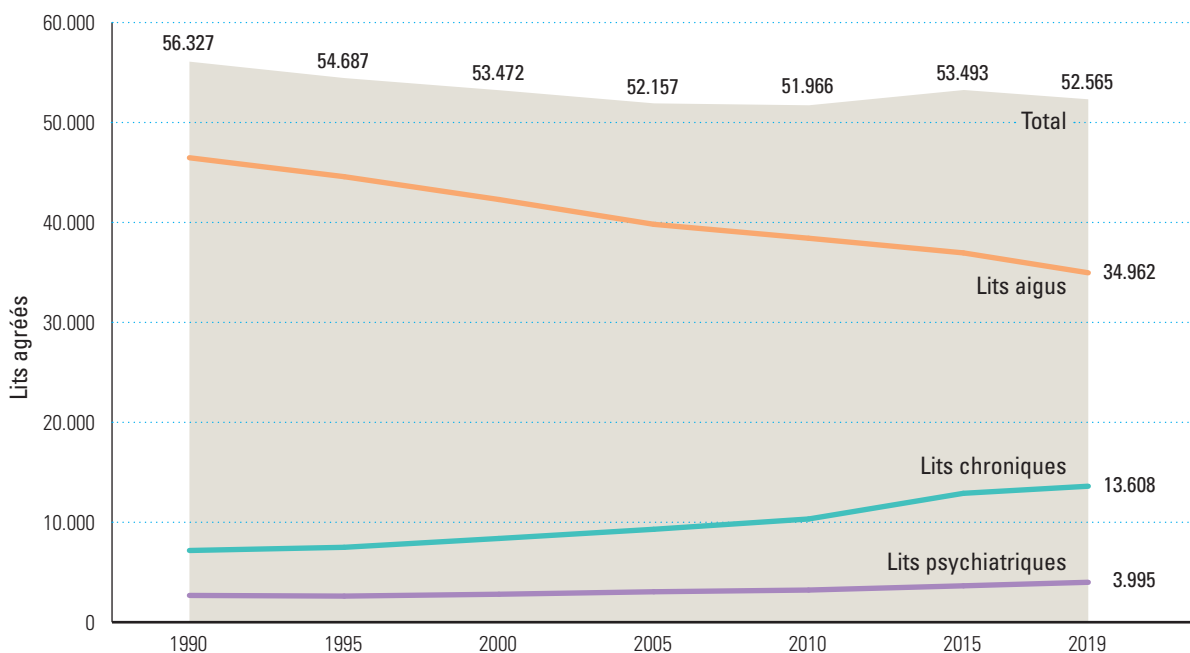


Chaque service, au sein de l'hôpital, doit être agréé et répondre à des normes spécifiques, en ce qui concerne notamment la capacité minimale de lits, le taux d'occupation ou le niveau requis d'activité, l'équipement technique et le type et le nombre de personnel médical, paramédical et soignant.

Afin de donner une meilleure vue d'ensemble, nous pouvons regrouper les différents types de services d'hospitalisation en fonction du caractère plutôt aigu/chronique ou plutôt somatique/psychique des pathologies qui y sont généralement traitées.

- **Les lits « aigus »** : destinés à des séjours courts, c'est-à-dire pour des séjours qui ne demandent pas un traitement de longue durée : e.a. la chirurgie (index C), la médecine interne (index D), la pédiatrie (index E), les soins aux enfants prématurés (index NIC), la maternité (index M).
- **Les lits « chroniques »** : destinés à des hospitalisations de plus longue durée ou pour des patients nécessitant un traitement chronique : la gériatrie (index G), la revalidation (index S1 pour les maladies cardio-pulmonaires, S2 pour les maladies locomotrices, S3 pour les maladies neurologiques, S5 pour les polyopathologies chroniques et S6 pour les troubles psychogériatriques).
- **Les lits « psychiatriques »** : destinés à la prise en charge de patients, éventuellement uniquement de jour ou de nuit présentant des troubles psychiques : l'observation et le traitement neuropsychiatriques pour adultes (index A, A1, A2, T et T1) ou pour enfants (index K, K1 et K2).

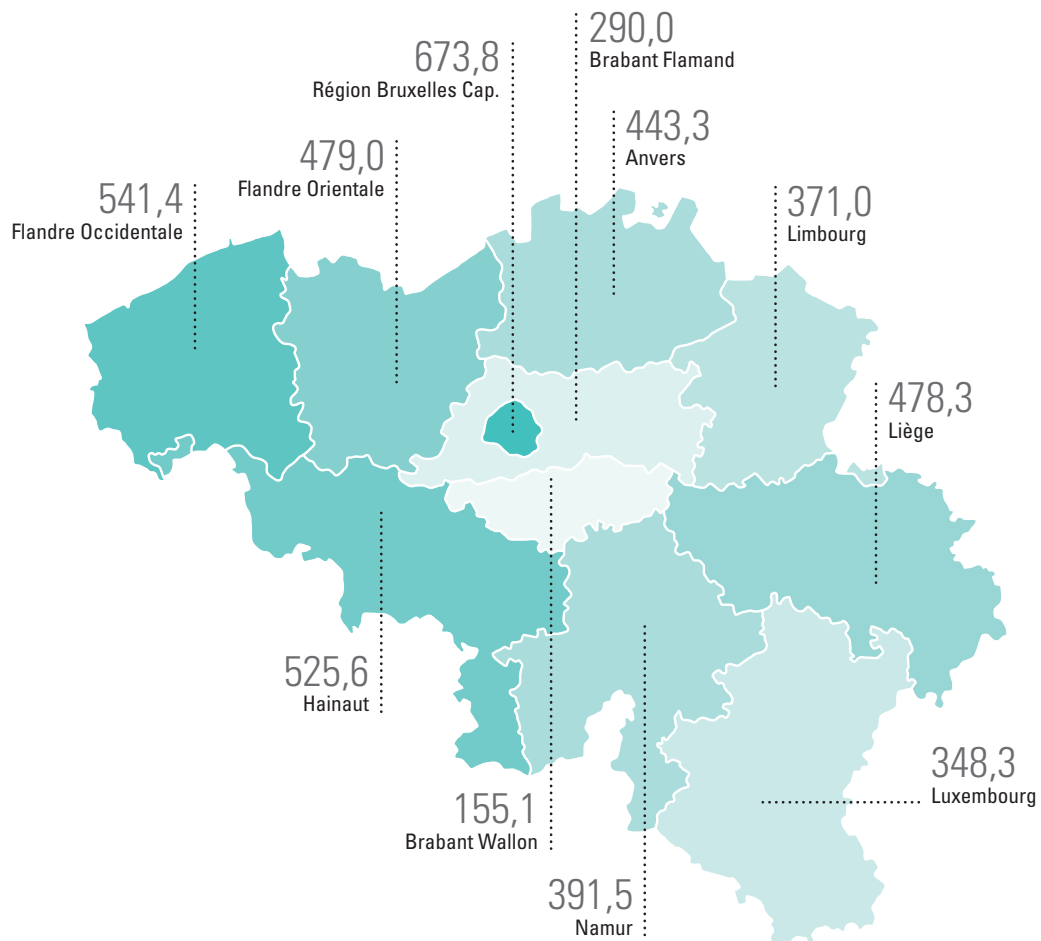
## L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE LITS AGRÉÉS D'HOSPITALISATION



L'évolution générale du nombre de lits agréés entre 1990 et 2019 est décroissante. En effet, une diminution de 3.762 lits agréés peut être constatée. Néanmoins, entre 2010 et 2015, une augmentation de lits agréés est observable à la suite de fusions entre hôpitaux généraux et spécialisés.

## 2.2. La répartition géographique des lits d'hospitalisation

NOMBRE DE LITS (TOUS INDEX CONFONDUS) POUR 100,000 HABITANTS  
PAR PROVINCE AU 01.01.2019 DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX



Selon les données présentées ci-dessus, la région de Bruxelles-Capitale compte le plus grand nombre de lits pour 100.000 habitants. En deuxième et troisième position, nous retrouvons respectivement la Flandre occidentale et le Hainaut. Le Brabant wallon et le Brabant flamand sont par contre les provinces qui offrent le moins de lits.

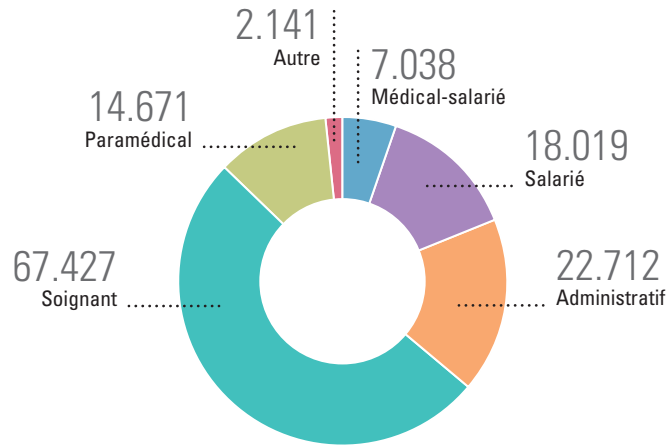
En savoir plus sur l'emplacement  
et les services offerts par les  
différents hôpitaux :

[www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)



### 3. Evolution de l'emploi dans le secteur des hôpitaux généraux

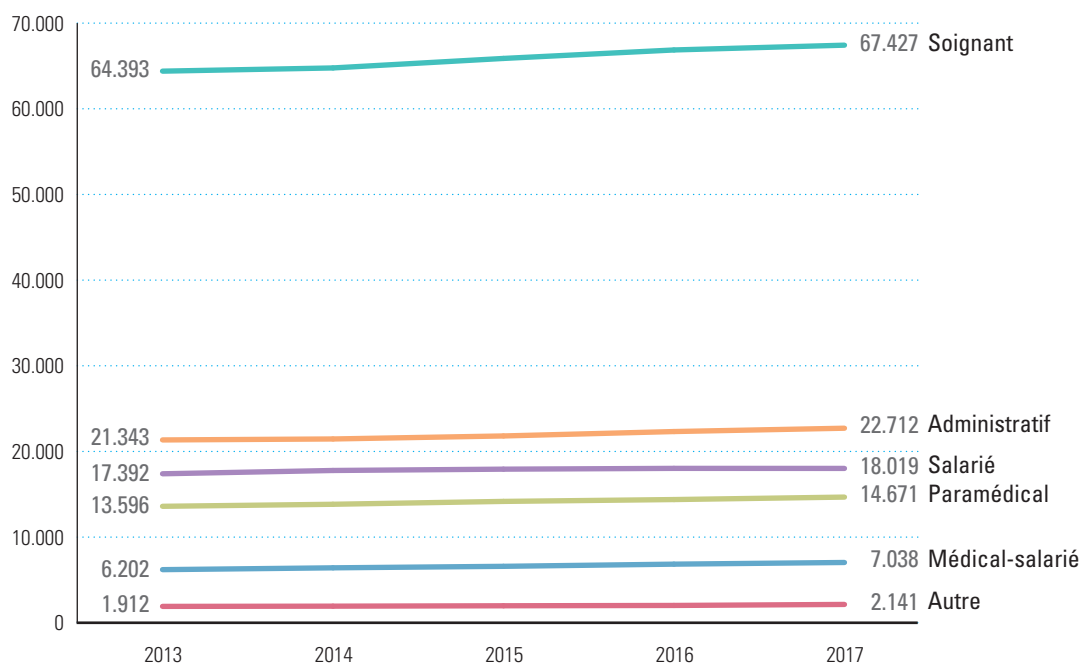
RÉPARTITION DU NOMBRE D'ETP PAR CATÉGORIE DE PERSONNEL (2017)



Globalement, le personnel soignant (infirmiers et aides-soignants) représente un peu plus de la moitié des équivalents temps-plein au sein des hôpitaux. Les chiffres<sup>[1]</sup>, rapportés dans le graphique ci-dessous, sous-estiment cependant largement l'activité médicale, car bon nombre de médecins y travaillent sous statut indépendant et ne sont donc pas renseignés comme 'personnel de l'hôpital'.

On constate en outre, au fil du temps, que le volume d'ETP engagés par les hôpitaux augmente dans toutes les catégories professionnelles. Ceci peut sembler étrange compte tenu de la réduction du nombre de lits agréés, mais il convient de souligner que le nombre de séjours d'hospitalisation, donc de patients admis, continue lui à augmenter au fil du temps (voir ci-dessous - chapitre activité de soins au sein des hôpitaux généraux). Au total, en 4 années, le volume de personnel, dans les hôpitaux généraux et universitaires, a augmenté de 7.171 équivalents temps-plein(+6%).

EVOLUTION DU VOLUME DES ETP PAR CATÉGORIE DE PERSONNEL



1 Source: Finhosta

# ACTIVITÉ DE SOINS AU SEIN DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

## HIGHLIGHTS

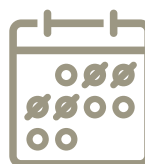


On observe une **augmentation** de **13,9% des contacts/séjours** dans les **hôpitaux généraux** sur une période de **10 ans**.

Les raisons les plus courantes pour les **hospitalisations classiques et de jour en hôpital** sont liées aux maladies du **système digestif**, aux admissions pour l'administration de **chimiothérapie et d'immunothérapie**, et aux maladies du **système nerveux**.



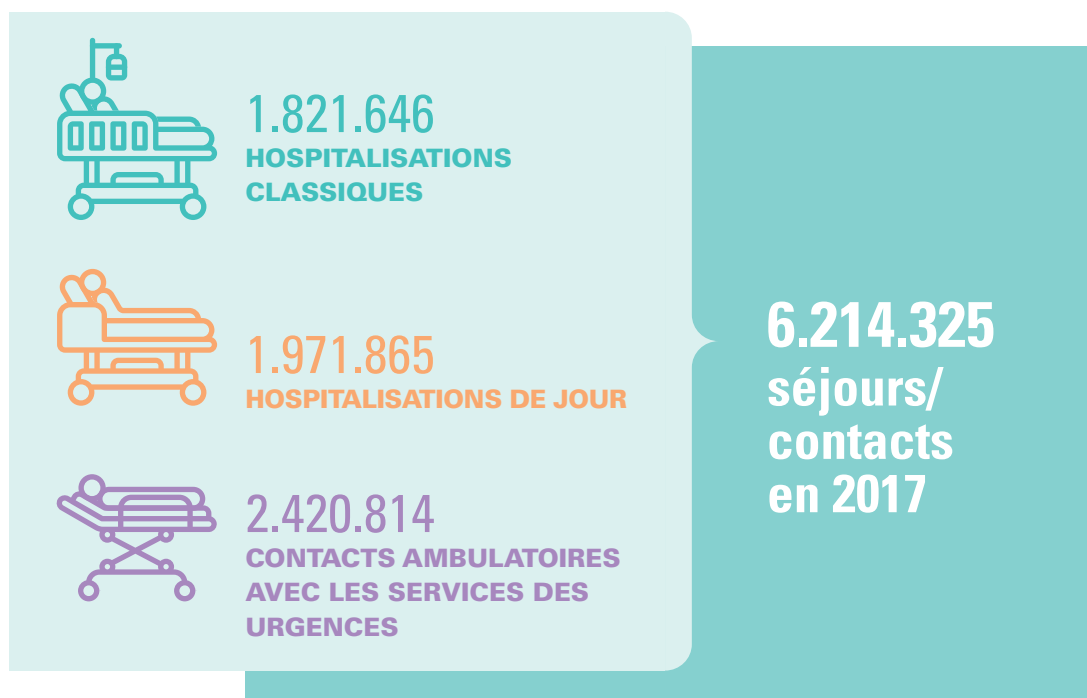
Les patients habitant en **Flandre** ont globalement **moins de contacts** avec l'hôpital que ceux qui vivent en Wallonie et à Bruxelles.



La **durée de séjour moyenne** a **diminué d'une journée** au cours de ces dix dernières années.

Depuis **2013**, le nombre d'**hospitalisations de jour** est **supérieur** au nombre d'**hospitalisations classiques**.

## 1. Séjours à l'hôpital<sup>[2]</sup>



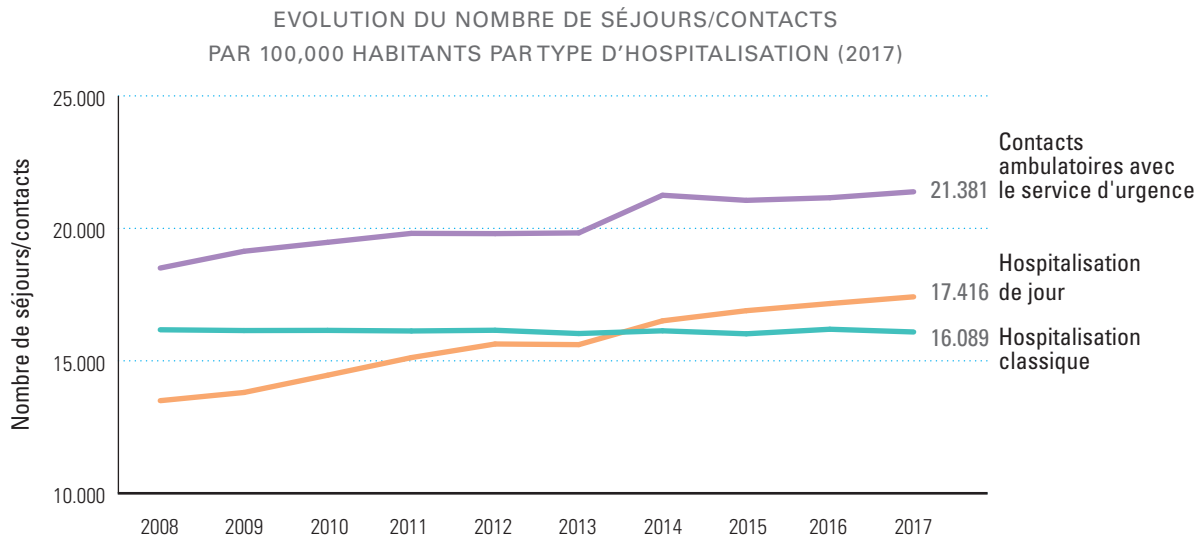
Il existe plusieurs types de séjours à l'hôpital ou de contacts avec l'hôpital. Pendant une **hospitalisation de jour**, le patient vient à l'hôpital sans y passer la nuit, contrairement à l'**hospitalisation classique** où le patient reste au moins une nuit à l'hôpital et/ou lorsque le prix d'une journée de soins infirmiers est facturé. Un **séjour via les urgences** peut vouloir dire un contact **sans hospitalisation** (ci-après appelé « contacts ambulatoires avec les services des urgences ») tout comme un **contact suivi d'une hospitalisation** (de jour ou classique). Dans certains cas, un patient séjourne plusieurs fois au cours d'une année pour traiter une maladie spécifique (par exemple pour des chimiothérapies contre le cancer) ou encore des causes diverses.

### 1.1. Évolution du nombre de séjours/contacts

En 2008, le nombre total de séjours à l'hôpital (qui reprend les séjours en hospitalisation classique ou de jour et les contacts ambulatoires avec les services des urgences) était de 5.138.177. Ce nombre est passé à 6.214.325 en 2017.

Pour pouvoir comparer correctement cette évolution au cours du temps, il est nécessaire de regarder le nombre de séjours/contacts par 100.000 habitants. De 2008 à 2017, ce nombre augmente de 13,9%. Cela s'explique principalement par un nombre plus élevé d'hospitalisations de jour (+ 29%) et des contacts ambulatoires avec les services des urgences (+ 15,5%). Un autre enseignement est qu'à partir de l'année 2013, les séjours en hospitalisation de jour dépassent ceux en hospitalisation classique.

<sup>2</sup> Source : les données chiffrées du « Résumé hospitalier minimum (RHM) ». Les types de séjour suivants n'ont pas été retenus : séjours non terminés (sauf pour la première période de séjour de longue durée), séjours entièrement psychiatriques, séjours des nouveau-nés pour lesquels le séjour n'a pas été facturé, séjours pour lesquels le sexe du patient n'a pas pu être déterminé, séjours en hospitalisation de jour pour lesquels une somme forfaitaire ou un mini-forfait ont été facturés ou aucun forfait n'a été facturé.

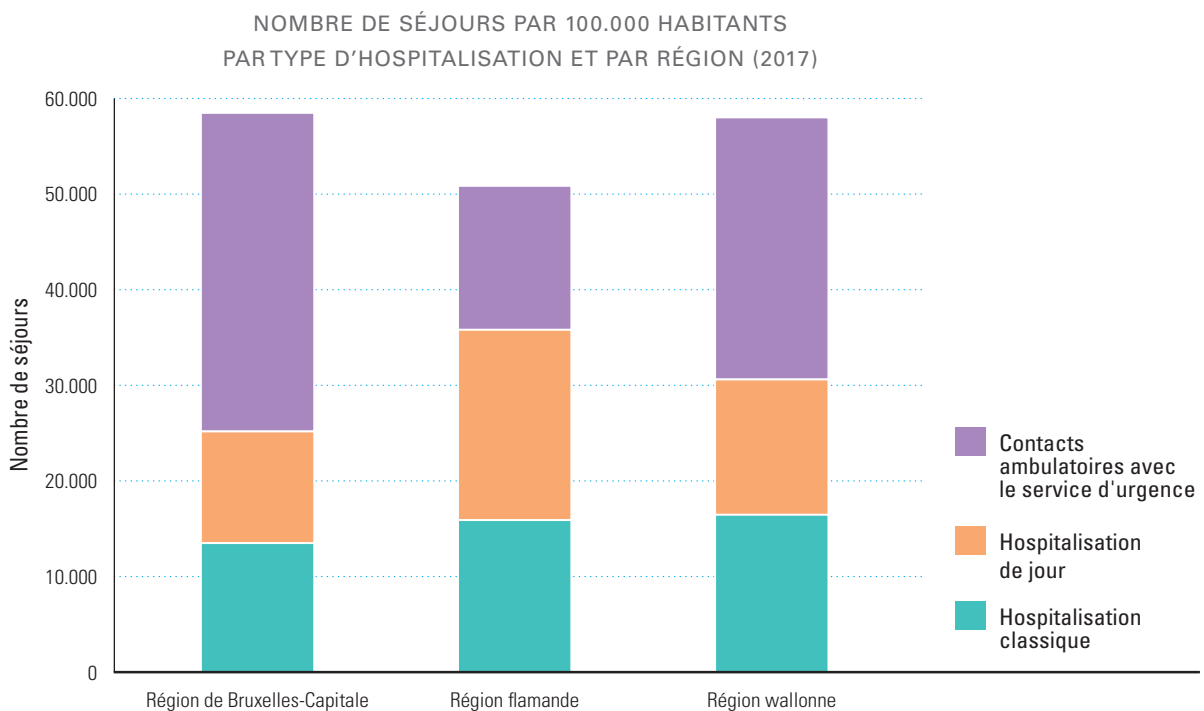


## 1.2. Le nombre de séjours à l'hôpital/contacts selon les régions <sup>[3]</sup>

En 2017, le nombre total de séjours par 100.000 habitants en Flandre était de 50.862 (+14,4% depuis 2008), de 58.495 à Bruxelles (+9,4% depuis 2008) et de 58.023 en Wallonie (+14,4% depuis 2008).

Un regard plus rapproché sur les 3 régions met en évidence quelques différences entre elles.

De manière générale, le taux de recours aux soins hospitaliers est moins élevé en Flandre que dans les deux autres régions, mais le recours à l'hospitalisation de jour y est sensiblement plus marquée et le nombre de contacts ambulatoires avec les services des urgences plus réduit. Le taux de recours aux services des urgences va du simple au double entre la région flamande et la région de Bruxelles-Capitale. Dans les trois régions, l'hospitalisation classique évolue de manière assez stable, elle reste un peu moins fréquente dans la région de Bruxelles-Capitale.



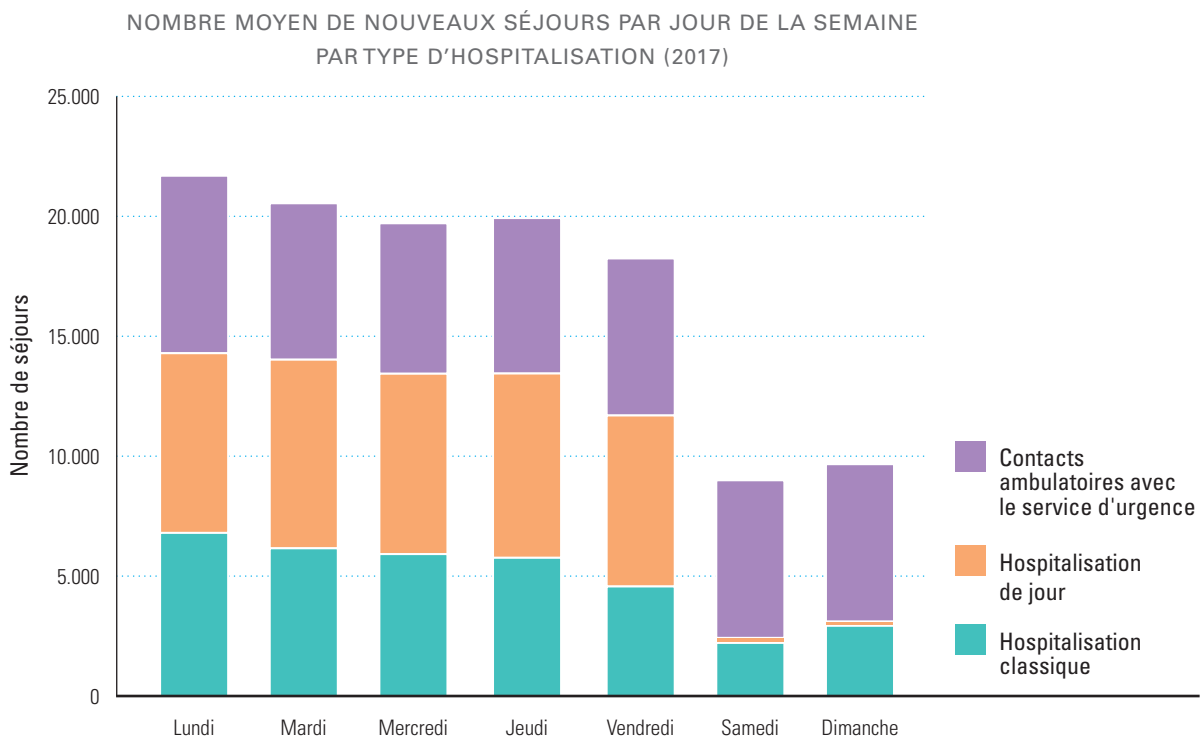
3 Région de provenance du patient.

### 1.3. Nouveaux séjours à l'hôpital/contacts au cours de la semaine

**16.947**  
séjours/contacts par jour

Pour l'année 2017, le nombre moyen de nouveaux séjours à l'hôpital et les contacts avec le service d'urgences par jour est de 16.947. Ce nombre moyen varie cependant selon le jour de la semaine. Le recours ambulatoire aux urgences reste assez stable, mais les séjours en hospitalisation classique diminuent progressivement du lundi au samedi et réaugmentent à partir du dimanche. Cette légère augmentation dominicale s'explique par des séjours pour des interventions chirurgicales programmées pour le lendemain matin.

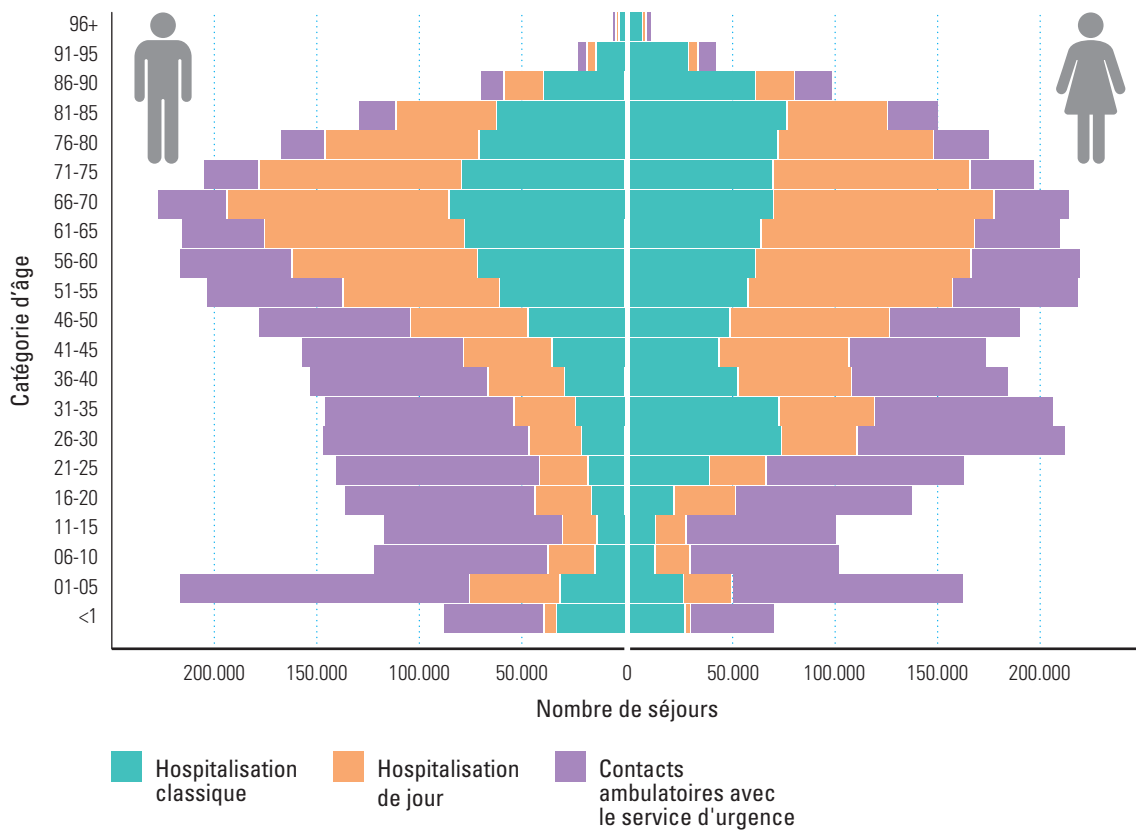
Les séjours à l'hôpital de jour en semaine sont plus élevés que les autres types de séjours pris séparément et sont quasi inexistantes durant le week-end.



### 1.4. L'âge et le sexe du patient

20% des séjours pour des patients entre 55 et 70 ans

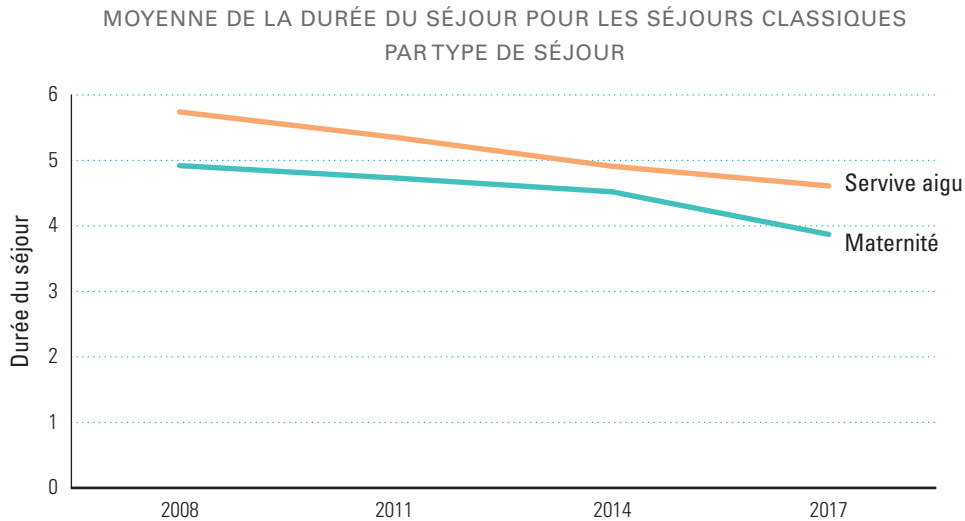
Environ un cinquième des usagers des services hospitaliers ont entre 55 et 70 ans. Il y a également un pic pour les enfants de 1 à 5 ans, qui s'explique principalement par un recours aux urgences ambulatoires plus élevé. Après 80 ans, les femmes totalisent un plus grand nombre de séjours à l'hôpital qui s'explique par une espérance de vie plus longue. La plus grande utilisation des soins hospitaliers par les femmes entre 20 et 40 ans par rapport aux hommes dans cette tranche d'âge est surtout liée aux accouchements.





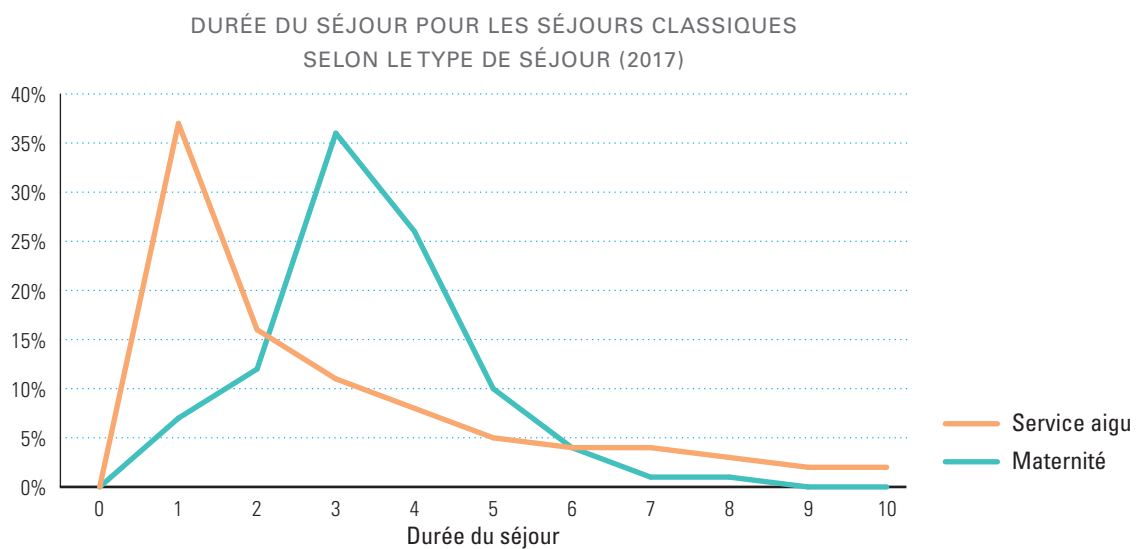
## 1.5. Durée moyenne des séjours en hospitalisation classique

Depuis plusieurs années, les politiques des soins de santé ont incité à la réduction des durées de séjour par souci d'efficacité et d'utilisation appropriée des infrastructures hospitalières sans nuire à la qualité des soins et en tenant compte de la situation spécifique des patients. Nous étudions ici d'une part l'évolution de la durée des séjours qui commencent dans un service aigu (sauf des séjours qui commencent en maternité) <sup>[4]</sup> et d'autre part l'évolution des séjours qui commencent en maternité. Entre 2008 et 2017, la durée moyenne de séjour a diminué d'un jour dans ces services. <sup>[5]</sup>



Une analyse plus rapprochée du nombre de jours passés à l'hôpital pour des soins aigus et en maternité montre qu'un peu plus de la moitié des séjours dans les services de soins aigus ne dépassent pas 2 jours d'hospitalisation et qu'en moyenne la durée de séjour pour des soins aigus se situe à 4,6 jours.

En maternité, dans 55% des cas, la durée ne dépasse pas 3 jours et 80% des séjours ne dépassent pas 4 jours. <sup>[6]</sup>



4 Ici sont pris en compte les séjours entamés dans un service de chirurgie (index C), médecine interne (index D), pédiatrie (index E) et soins non-intensifs pour nouveau-nés (index NIC).

5 Il se trouve que 81% des séjours en hospitalisation classique correspondent à des soins aigus (non inclus les séjours qui commencent dans la maternité), ce qui représente près de 1,5 millions d'hospitalisations en 2017. Les séjours en maternité représentent, quant à eux, 7,6% des séjours.

6 Les séjours psychiatriques et chroniques ne sont pas inclus dans ces graphiques. Les séjours de plus de 10 jours (9% des séjours aigus, 2% des séjours en maternité) ne sont pas montrés dans ce graphique par souci de lisibilité.

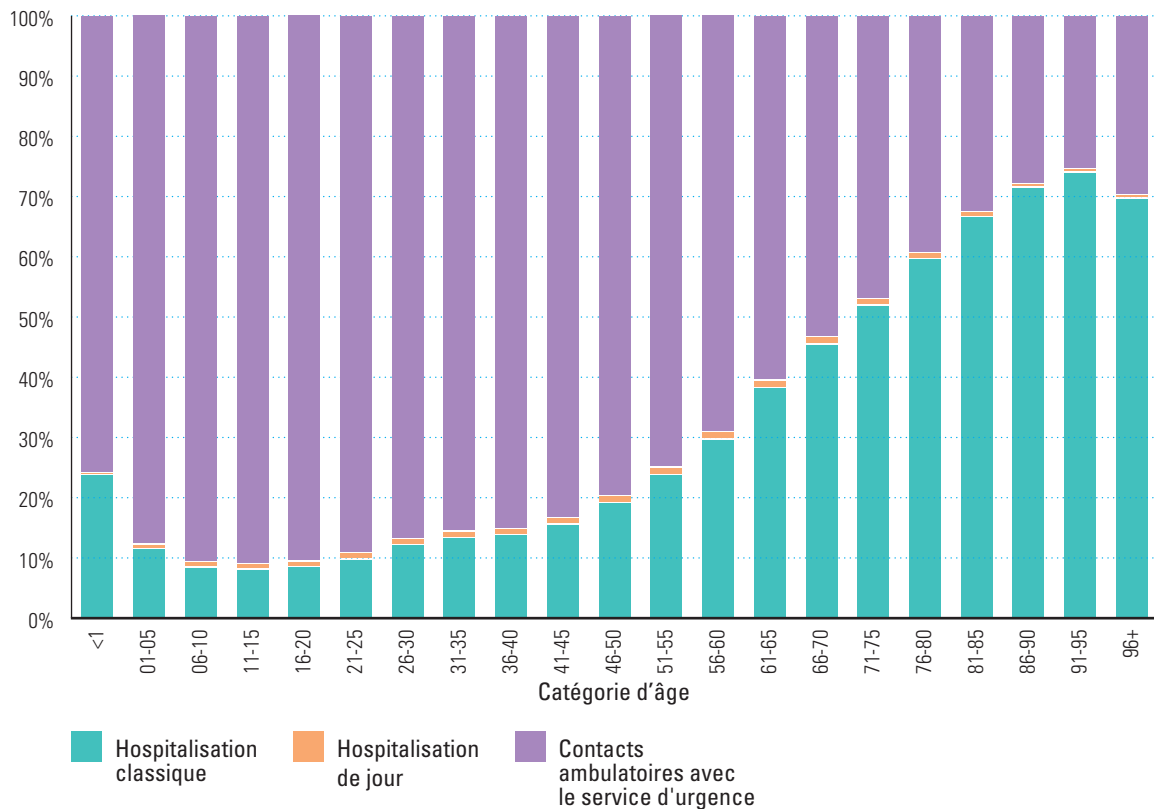
## 1.6. Admission par les urgences

Les graphiques suivants décrivent les hospitalisations consécutives à un passage par les urgences, par rapport à des contacts ambulatoires dans les services des urgences.

### RÉPARTITION SELON L'ÂGE

Dans le cas des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, un contact ambulatoire aux services d'urgence conduit rarement à une admission. Cependant, de nombreuses personnes âgées sont admises après une visite au service d'urgence. Au-delà de 70 ans, dans plus de la moitié des cas, le contact avec le service d'urgence est suivi d'une hospitalisation traditionnelle. Une hospitalisation de jour après une visite aux services d'urgence ne se produit que très rarement.

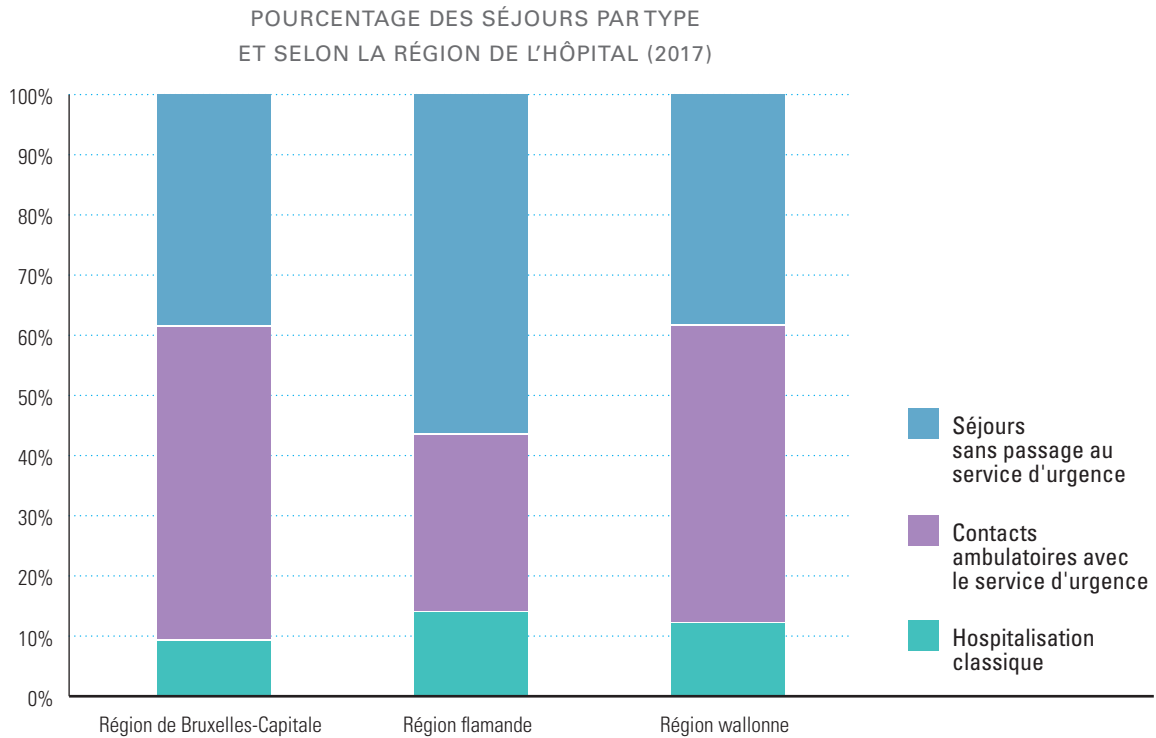
POURCENTAGE DU TYPE DE SÉJOUR SUITE À UN PASSAGE PAR LES URGENCES  
PAR CATÉGORIE D'ÂGE (2017)



## RÉPARTITION SELON LES RÉGIONS

Près de 45% des contacts avec un hôpital en région flamande commencent par un passage aux urgences, contre un peu plus de 60% dans la région Bruxelles-Capitale et en région wallonne.

En Flandre, les services des urgences sont proportionnellement par 100.000 habitants moins utilisés et un tiers des passages par les urgences se poursuit avec une hospitalisation. Cette proportion est plus élevée que dans les 2 autres régions. En Wallonie et à Bruxelles, quatre patients sur cinq retournent à domicile après leur passage aux urgences. Ces résultats traduisent des usages différents des urgences.



Remarque : Les séjours en hospitalisation de jour sont inférieurs à 1 % du total et ne sont donc pas pris en compte dans ce chiffre.

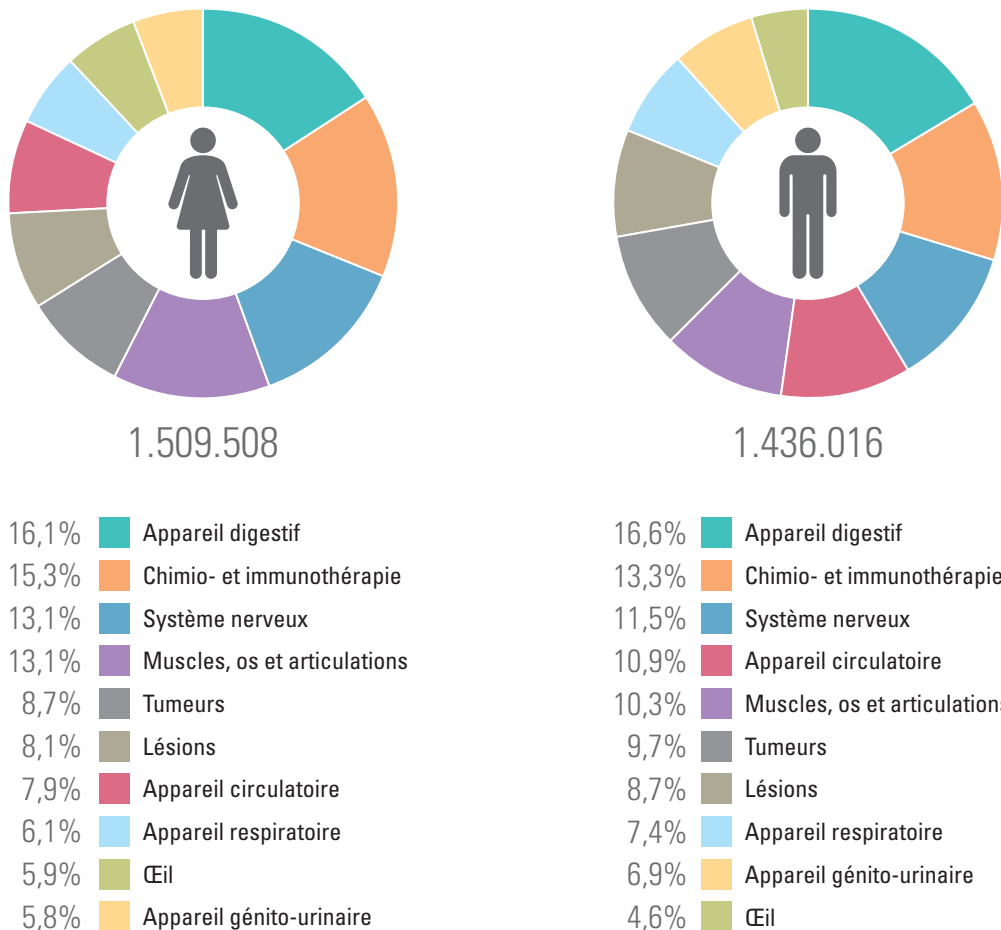
## 2. Les diagnostics les plus fréquents dans les hôpitaux généraux

Le graphique ci-dessous illustre les nombres de séjours (hospitalisation classique et de jour réunies) pour les dix groupes des diagnostics principaux selon la classification ICD-10-CM <sup>[7]</sup> et ce pour tous les âges. Il faut garder à l'esprit qu'au cours d'une même année, un patient peut séjourner en hôpital plusieurs fois pour une même raison ou pour des raisons différentes.

Sachant cela, les maladies de l'appareil digestif viennent en tête de classement avec dans ce groupe, des problèmes dentaires, gastriques ou intestinaux comme diagnostics les plus fréquents. Les séjours liés à la chimiothérapie et à l'immunothérapie viennent en 2ème position. Les maladies du système nerveux se trouvent en 3ème position avec comme diagnostics les plus fréquents la prise en charge des douleurs chroniques, des troubles du sommeil ou des épilepsies.

Un nombre plus élevé de femmes que d'hommes est traité pour des troubles du système ostéoarticulaire; ce rapport entre les sexes est inversé dans le cas des maladies du système circulatoire.

TOP 10 DES GROUPES DES DIAGNOSTICS LES PLUS FRÉQUENTS (2017)



7 Chapitre de l'ICD-10-BE, en prenant en compte uniquement la chimio- et immunothérapie pour le chapitre XXI (62%). Les autres séjours de ce chapitre n'ont pas été inclus dans l'analyse.

### 3. Les soins infirmiers dans les hôpitaux généraux<sup>[8]</sup>

Les soins infirmiers dans nos hôpitaux belges sont diversifiés. Dans une tentative de mieux comprendre cette multitude d'informations concernant les soins infirmiers, nous avons subdivisé l'ensemble des soins dispensés aux patients en 5 grands groupes de « types » de soins infirmiers. Quand on examine les soins prodigués aux patients au cours de leur séjour à l'hôpital, deux grands groupes se distinguent immédiatement. Le groupe lié à des soins très « techniques » (environ 10 % des périodes de soins) et un groupe où les soins sont moins techniques mais regroupent un large éventail de soins "de base" (les 90 % restants). Les soins de base peuvent être décrits comme un soutien infirmier dans le cadre des besoins des activités de la vie quotidienne en général (ADL) notamment au niveau de l'alimentation, de l'hygiène, des déplacements, etc. Les actes techniques, eux, sont des prestations qui peuvent aller d'une prise de sang à la ventilation du patient.

Si on devait classer les groupes de soins de la catégorie des soins de base à celle des soins les plus techniques, on verrait que le nombre des actes infirmiers et la charge que représentent les soins en termes de compétence du personnel infirmier et de temps consacré à ces soins sont en constante augmentation.

Ces cinq grandes catégories correspondent approximativement au système de regroupement des Nursing Related Groups (NRG) (profils de soins infirmiers) qui sert de base au financement des soins infirmiers chirurgicaux, de médecine interne et pédiatriques. Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet [ici](#).

#### SOINS DE BASE

BAS	MOYEN	HAUT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cela inclut les patients qui sont relativement autonomes et qui ne font que l'objet d'un suivi infirmier.</li> <li>• Ce type de soins est caractéristique des services de maternité, de rééducation, des maladies infectieuses et des services de diagnostic et de traitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• On y trouve les patients qui sont aidés dans le cadre de leurs activités, p. ex. pour se laver ou manger.</li> <li>• Ce type de soins est caractéristique aux salles de réveil, de travail et d'accouchement et dans les services généraux de diagnostic et de traitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• On y trouve les patients qui ont souvent besoin d'une aide complète dans le cadre de leurs activités, p. ex. pour se laver, s'habiller et manger. L'administration de soins plutôt techniques est limitée.</li> <li>• Ce type de soins est caractéristique des services de néonatalogie, de gériatrie, de pédiatrie et dans les unités de soins palliatifs.</li> <li>• Ce type de soins est principalement dispensé aux jeunes enfants et aux seniors.</li> </ul>

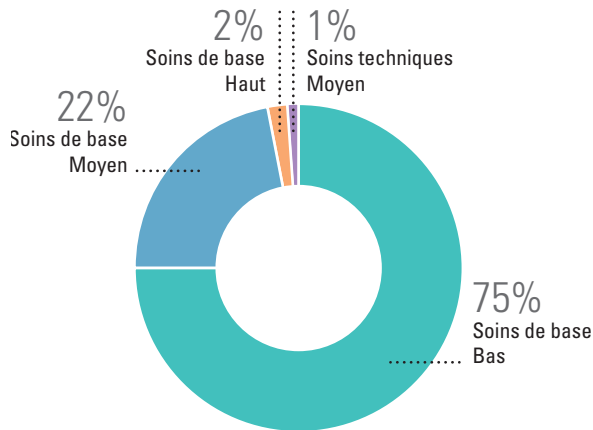
#### SOINS TECHNIQUES

MOYEN ET HAUT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cela inclut les patients qui se distinguent par le nombre élevé de soins techniques qu'ils reçoivent. Ces patients prennent beaucoup de médicaments, peuvent être ventilés et sont suivis de près par un(e) infirmier(ère). Ils reçoivent également de nombreux soins de base.</li> <li>• Ce type de soins est caractéristique des soins intensifs et des centres des grands brûlés.</li> </ul>

8 Source données numériques: DI-RHM 2017

### 3.1. Les soins infirmiers dans un service de maternité et dans un service gériatrique

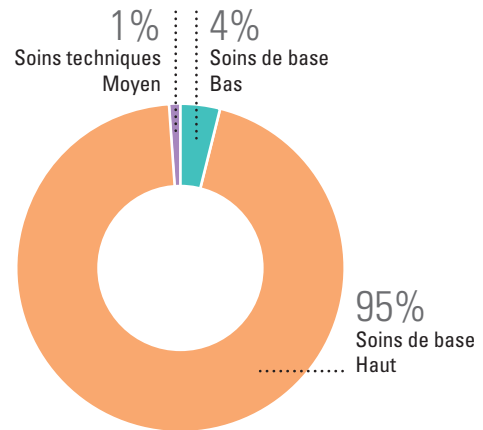
**SOINS DISPENSÉS AUX MÈRES  
DANS UN SERVICE DE MATERNITÉ (59%)**



**Les actes infirmiers les plus caractéristiques :**

- Soins post-partum spécifiques (p. ex. surveillance de la hauteur de l'utérus, pertes vaginales, etc.)
- Éducation structurée spécifique (par exemple, éducation dans le cadre de l'allaitement maternel, du bain au bébé,...)
- Soins des plaies à une suture (p. ex. épisiotomie)

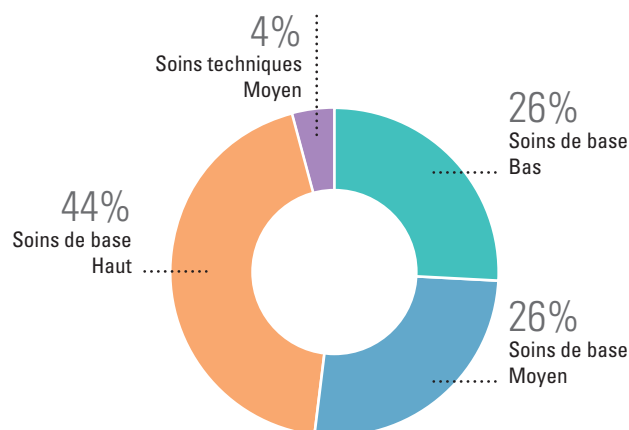
**SOINS DISPENSÉS AUX BÉBÉS  
DANS UN SERVICE DE MATERNITÉ (41%)**



**Les actes infirmiers les plus caractéristiques :**

- Soins relatifs aux excréments urinaires et fécaux
- Soins relatifs à la mobilité
- Suivi bilan alimentaire et hydrique
- Soins des plaies à une suture ou un point d'insertion (p. ex. cordon ombilical)
- Soins kangourou

**LES SOINS INFIRMIERS DANS  
LES SERVICES GÉRIATRIQUES**



**Les actes infirmiers les plus caractéristiques :**

- Les soins relatifs aux excréments urinaires et fécaux
- Les soins relatifs à la mobilité
- Aide pour manger et/ou boire
- Soutien des soins d'hygiène
- Prévention des escarres

# FINANCEMENT DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

## HIGHLIGHTS

En **2017**, le **chiffre d'affaires** des hôpitaux généraux s'élevait à environ **18,2 milliards d'euros**.

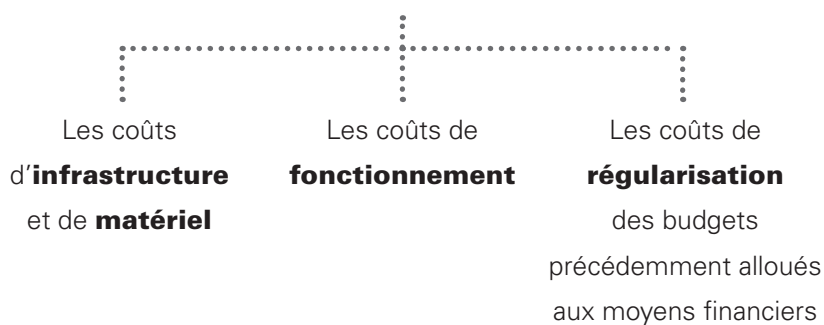


Le **Budget des Moyens Financiers** est alloué en partie sur la base de **montants forfaitaires** et en partie sur la base de **l'activité responsable** de chaque hôpital.

## Le **Budget des Moyens Financiers**

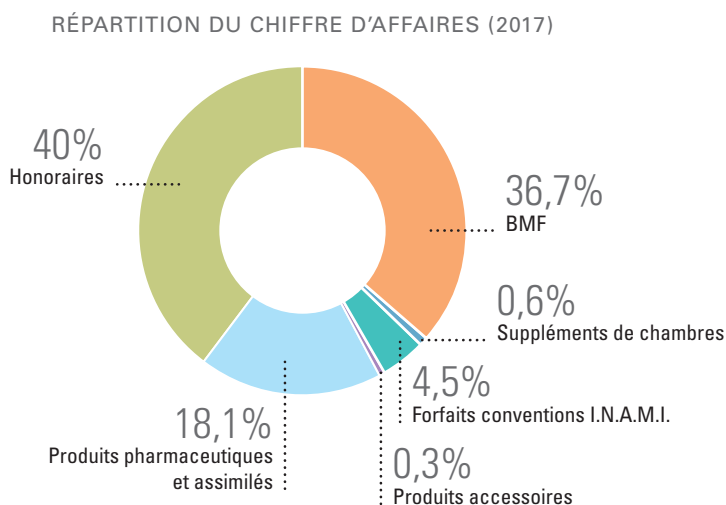
se compose de

### **3 éléments principaux**

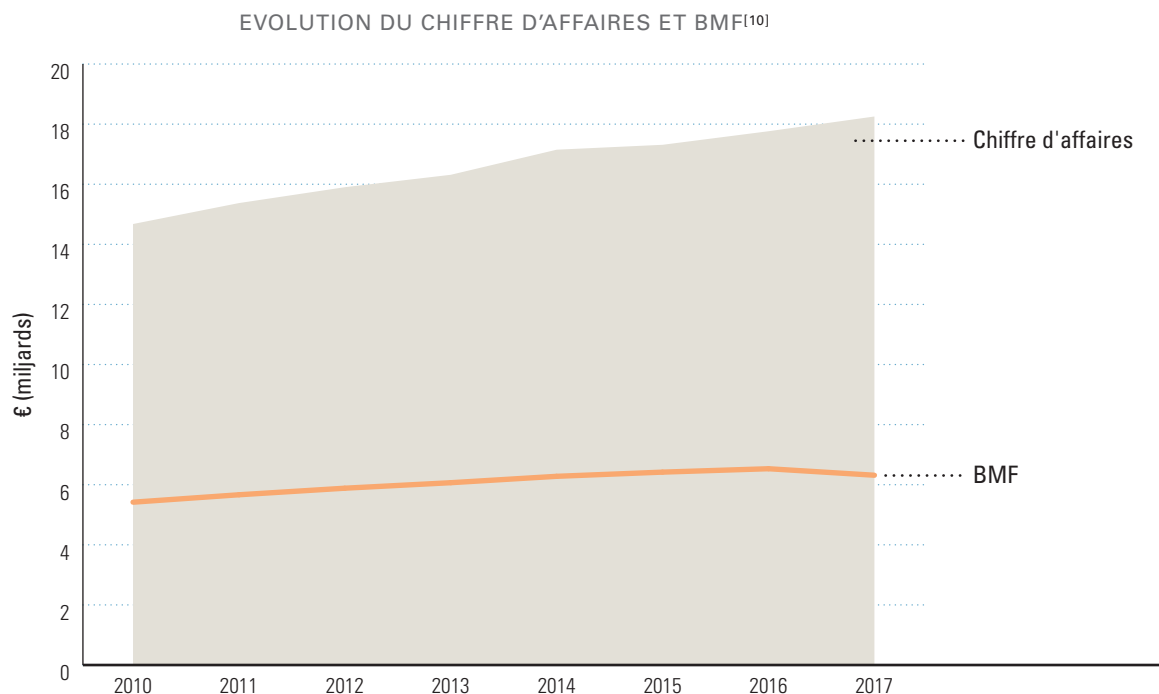


# 1. Sources de financement

Le secteur hospitalier (hôpitaux généraux) représente 18,2 milliards d'euros en terme de chiffre d'affaires global en 2017. <sup>[9]</sup>



Les principales sources de financement des hôpitaux sont le Budget des Moyens Financiers (BMF), les honoraires des médecins, des dentistes et de certaines catégories du personnel soignant et paramédical, les forfaits INAMI, les produits pharmaceutiques & assimilés, les suppléments de chambres ainsi que la quote-part patient.



9 Source: Finhosta

10 Afin de pouvoir démontrer l'évolution, les catégories A1 et A3 ont été incluses.



## 2. Le budget des moyens financiers

Le financement d'un hôpital via le **budget des moyens financiers** provient de la répartition individuelle entre tous les hôpitaux du budget global hospitalier <sup>[11]</sup>. En juillet 2019, ce budget global a été fixé à un montant maximum de 6.251.249.619 € pour les hôpitaux généraux <sup>[12]</sup>.

Le BFM comprend trois composantes principales: un budget pour l'infrastructure et le matériel (**PARTIE A**), un budget pour les coûts de fonctionnement (**PARTIE B**) et un budget pour la régularisation de financement à posteriori des différentes parties du BMF (**PARTIE C**). Le financement hospitalier s'effectue principalement sur la base soit de forfaits soit de coûts réels soit de prestations à l'acte.

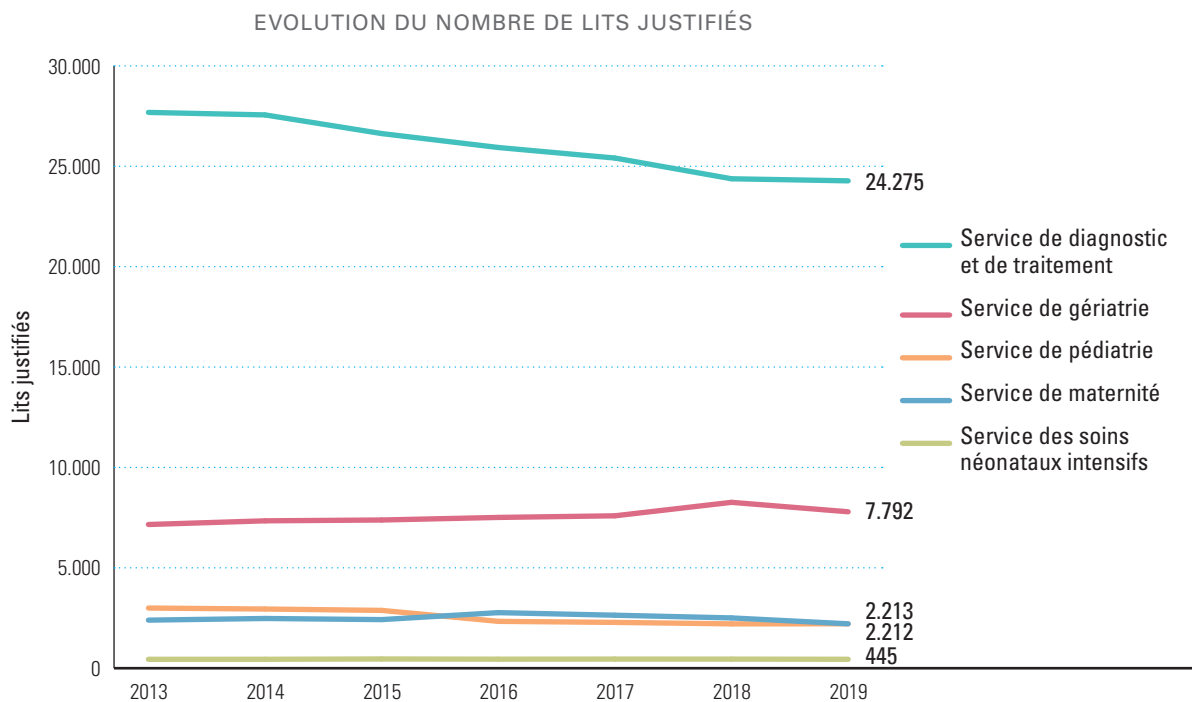
LES SOUS-PARTIES DU BUDGET DES MOYENS FINANCIERS	% (juillet 2019)
<b>A: INFRASTRUCTURE &amp; MATÉRIEL</b>	
<b>A1:</b> Charges d'investissement	
<b>A2:</b> Charges des crédits à court terme	0,56%
<b>A3:</b> Charges d'investissement RMN - Radiothérapie - Petscan	
<b>B: FRAIS FONCTIONNEMENT</b>	
<b>B1:</b> Frais des services communs	23,58%
<b>B2:</b> Frais des services hospitaliers	42,87%
<b>B3:</b> Frais de fonctionnement RMN - Radiothérapie - Petscan	1,02%
<b>B4:</b> Recyclage et forfaits	17,24%
<b>B5:</b> Frais de fonctionnement de la pharmacie	1,72%
<b>B6:</b> Frais accords sociaux personnel hors BMF	1,19%
<b>B7:</b> Frais liés aux fonctions universitaires	1,93%
<b>B8:</b> Frais lié au caractère social de la patientèle	0,33%
<b>B9:</b> Frais accords sociaux	8,34%
<b>C: CORRECTIONS</b>	
<b>C2:</b> Montants de rattrapage	1,37%
<b>C3:</b> Récupération partielle suppléments de chambre	-0,16%

11 La répartition s'effectue sur la base de modalités fixées dans l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

12 Nous remarquons que la compétence concernant le financement de l'infrastructure (partie A1 et A3) a été transférée aux communautés et régions dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat. C'est la raison pour laquelle les catégories A1 et A3 ne sont pas prises en compte.

### 3. Les lits justifiés

Pour les hôpitaux aigus le financement est essentiellement basé sur l'activité liée aux patients: une « activité justifiée » est déterminée, hôpital par hôpital. Chaque hôpital voit ainsi son activité définie en fonction du nombre et du type d'admissions pour une année de référence. Chaque admission se voit octroyer une durée de séjour justifiée en fonction de sa pathologie. Le total du nombre de journées justifiées de l'hôpital est divisé par un taux d'occupation normatif multiplié par 365 pour obtenir un nombre de **lits justifiés** de l'hôpital.

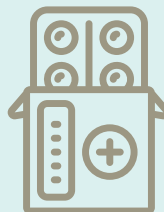


# QUALITÉ

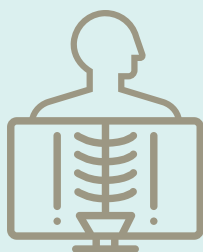
## HIGHLIGHTS



En **2017**, il a été constaté que les **directives relatives à l'hygiène des mains** ont été **respectées** dans plus de **70 %** des cas.



Afin de **limiter** la **résistance aux antibiotiques**, il convient d'**éviter l'utilisation inutile d'antibiotiques**.



La campagne « **Les images médicales ne sont pas des photos de vacances** » a entraîné une **diminution** du nombre des **tomodensitométries chez les enfants et les adolescents**.

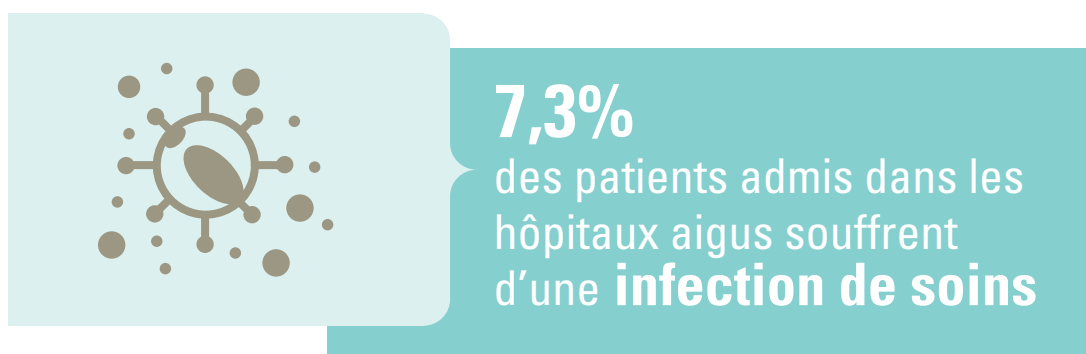


Les premières mesures sont prises pour **récompenser** les **hôpitaux** qui obtiennent des résultats positifs dans le cadre de certains indicateurs par le biais du programme **Pay for Performance**.

La question de la qualité des soins recouvre des dimensions très variées : le choix des technologies et traitements les plus appropriés pour le patient, l'efficacité des soins, un environnement qui garantit la sécurité des patients, la satisfaction des patients, le caractère intégré des interventions en vue d'une meilleure continuité... Pour agir sur ces différents niveaux, de nombreuses initiatives sont prises par différentes autorités fédérales (SPF Santé publique, mais aussi INAMI, KCE, Sciensano, Conseil Supérieur de la Santé, ...) ou au niveau des entités fédérées (VIP<sup>2</sup> côté néerlandophone, PAQS côté francophone, ...), voire dans le cadre d'initiatives privées (associations scientifiques, organismes d'accréditation, ...), mais également internationales (OCDE, EU, OMS...). Ces initiatives prennent des formes diverses : de l'élaboration de guidelines aux campagnes de sensibilisation, en passant par la définition d'indicateurs de mesure et la prise de mesures sur le terrain, le benchmarking, les peer reviews ou encore les incitants financiers.

Dans ce chapitre, nous nous arrêtons, à titre d'exemple, sur quelques initiatives qui ont été prises au cours de ces dernières années pour mesurer et améliorer la qualité des soins en Belgique. D'autres initiatives pourraient encore être citées dans ce cadre, notamment, de la pharmacie clinique à l'hôpital, des soins aux nouveau-nés, de l'usage des produits sanguins, de l'utilisation de psychotropes, des soins transmuraux et soins intégrés...

## 1. Évolution positive au niveau du respect des directives relatives à l'hygiène des mains



Les infections liées aux soins (infections qui surviennent 48 heures après le jour de l'hospitalisation) sont considérées comme une menace majeure pour la sécurité des patients. Les résultats d'une étude européenne montrent qu'en Belgique, à tout moment, environ 7,3 % des patients admis dans les hôpitaux aigus souffrent d'une infection (2017) <sup>[13]</sup>.

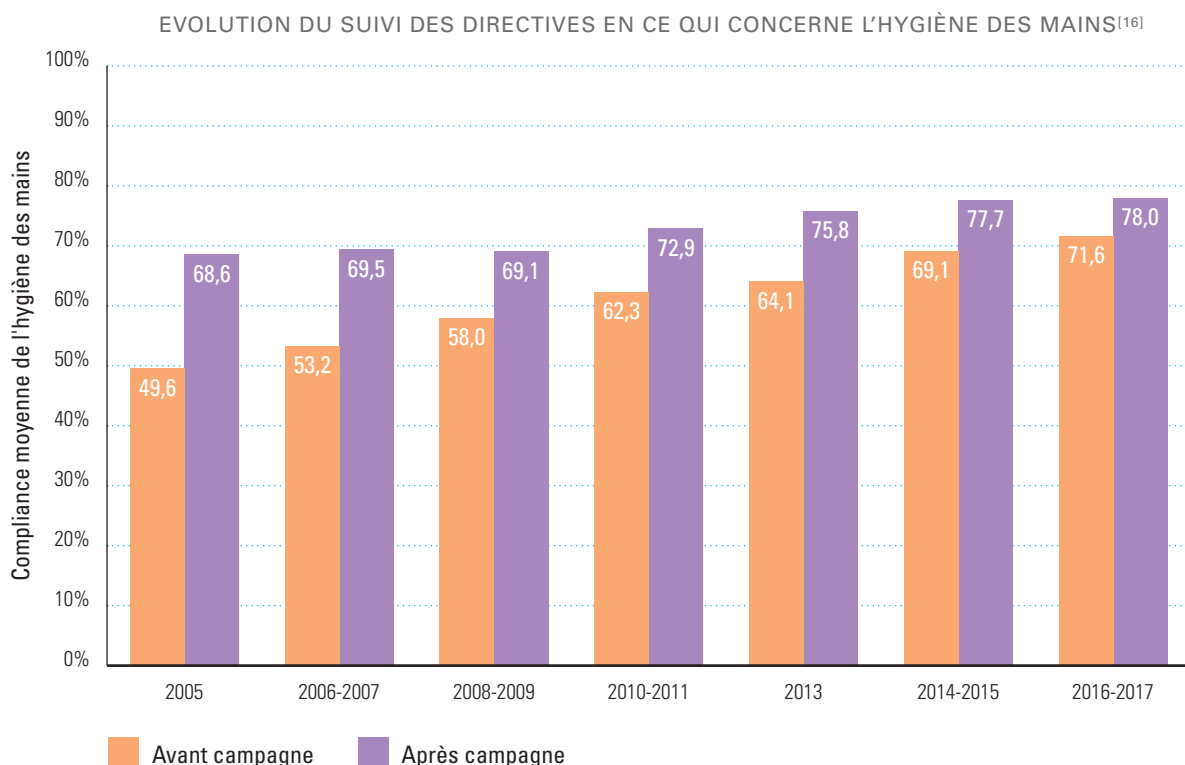
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une bonne hygiène des mains devrait être promue comme étant l'une des interventions les plus importantes pour prévenir les infections liées aux soins chez les patients<sup>[14]</sup>. Ces dernières années, plusieurs campagnes ont été menées dans les hôpitaux belges pour souligner l'importance de l'hygiène des mains et pour améliorer l'utilisation du gel alcoolisé pour les mains. Avant et après chaque campagne, les hôpitaux ont observé dans quelle mesure les prestataires de soins se conformaient aux règles de propreté des mains (pourcentage de respect des mesures d'hygiène des mains) <sup>[15]</sup>.

13 Vandaël E, Catry B, Latour K. Point Prevalence Study of healthcare-associated infections and antimicrobial use in Belgian acute care hospitals : Results of the ECDC PPS 2017. Brussel, België: Sciensano; 2018. 34p. Numéro de rapport: D/2018/14.440/37. Disponible via : [http://www.nsih.be/ecdcpps/download\\_fr.asp](http://www.nsih.be/ecdcpps/download_fr.asp)

14 Organisation mondiale de la santé. (WHO). Antimicrobial resistance: Global report on surveillance. Genève 2014. Disponible via : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1)

15 De plus amples informations sur la méthodologie et les résultats de la campagne d'hygiène des mains sont disponibles dans le rapport national sur le site Web de la NSIH ([http://www.nsih.be/surv\\_hh/inleiding\\_fr.asp](http://www.nsih.be/surv_hh/inleiding_fr.asp)).

La figure ci-dessous (résultats pour tous les hôpitaux/sites de soins actifs, chroniques et psychiatriques participants) montre une nette augmentation, au fil du temps et après chaque campagne, de la mesure dans laquelle les directives d'hygiène des mains sont respectées. Au cours de la dernière campagne, le respect des mesures d'hygiène des mains (moyenne pondérée nationale) est passé de 72,1% (135 hôpitaux/sites participants) à 78,7% après la campagne (118 hôpitaux/sites participants). Une amélioration a été observée chez tous les prestataires de soins (en moyenne +7,5%) et les meilleurs résultats ont été ceux enregistrés au niveau des infirmières.



## 2. L'utilisation inappropriée d'antibiotiques en tant que principale cause de la résistance aux antibiotiques

Chaque année en Europe, environ **33.000 personnes** meurent des suites d'une **infection bactérienne résistante aux antibiotiques**

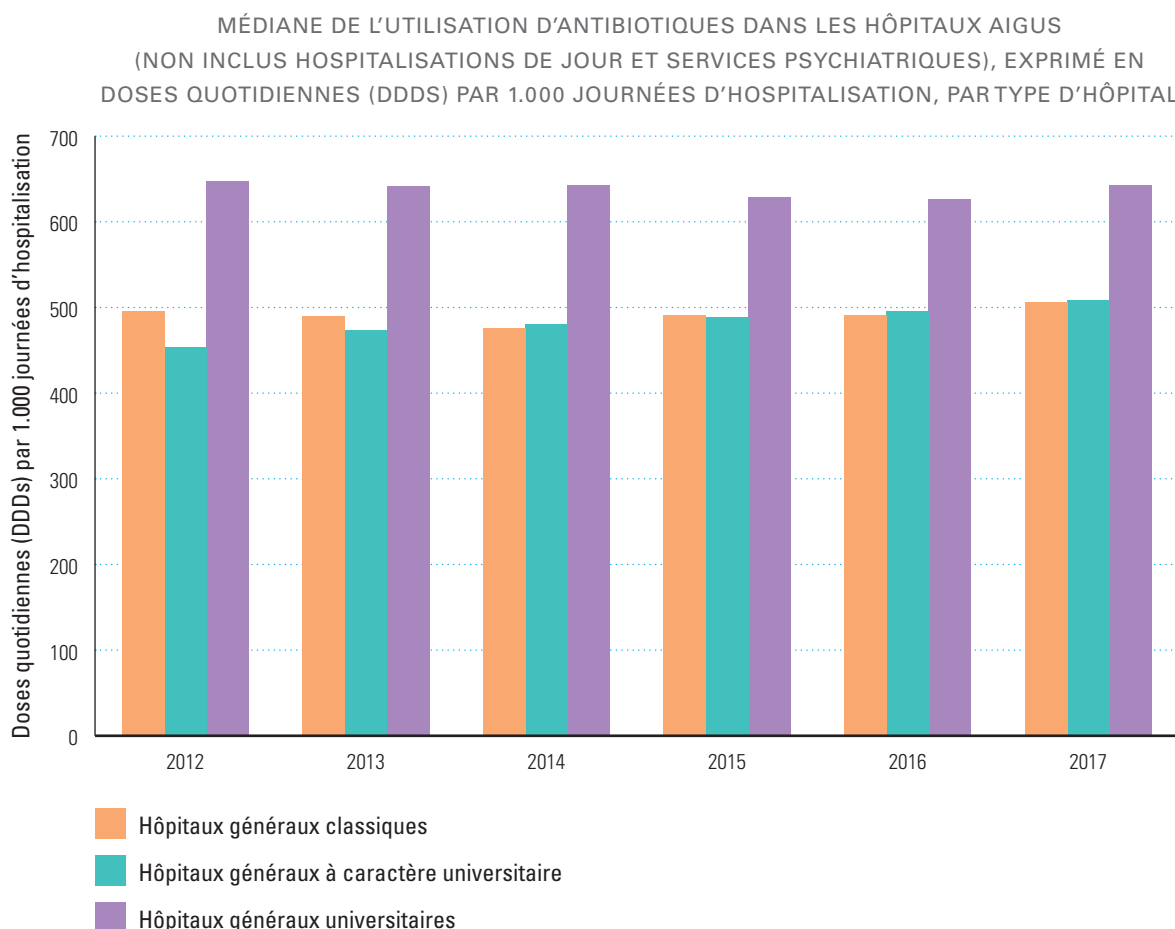
Les bactéries peuvent devenir résistantes aux effets des antibiotiques et lorsque c'est le cas, ces médicaments ne peuvent plus les éradiquer. Cette résistance est devenue un problème majeur dans le domaine de la santé. Chaque année en Europe, 33 000 personnes environ meurent des

16 Source : Rapport national sur la septième campagne d'hygiène des mains – [www.nsih.be](http://www.nsih.be)

suites d'une infection bactérienne résistante aux antibiotiques. En Belgique, on estime le nombre de ces décès à 530 par an<sup>[17]</sup>. L'utilisation inappropriée d'antibiotiques est la principale cause du développement de la résistance des bactéries aux antibiotiques C'est pourquoi l'utilisation des antibiotiques doit être correctement contrôlée et, le cas échéant, adaptée<sup>[18]</sup>.

Les résultats d'une étude sur l'utilisation des antibiotiques dans les hôpitaux aigus belges de 2017 montrent qu'environ 28,1 % des patients admis dans un hôpital aigu sont traités avec au moins un antibiotique à un moment donné. Le chiffre le plus élevé à ce niveau est celui enregistré dans les hôpitaux universitaires, généraux (30,8 %) et dans les services de soins intensifs (52,7 %). Cela va de soi puisque les hôpitaux universitaires, généraux et les services de soins intensifs accueillent le plus grand nombre de patients qui ont des problèmes graves. Sur l'ensemble des hôpitaux européens qui ont participé à l'étude, ce chiffre a été de 30,5 % (répartition entre les pays européens : 15,9-55,6 %)<sup>[19]</sup>.

La figure ci-dessous illustre la consommation médiane d'antibiotiques par type d'hôpital sur la période 2012-2017. On constate que la consommation médiane d'antibiotiques demeure relativement stable au fil du temps, mais qu'il existe une grande variation entre les hôpitaux.<sup>[20]</sup>



17 Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, Quattrocchi A, Hoxha A, Simonsen GS, et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2019;19(1):56-66.

18 OESO (2018), *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, OECD Publishing, Paris. Disponible via : <https://doi.org/10.1787/9789264307599-en>

19 Plachouras D, Karki T, Hansen S, Hopkins S, Lyytikäinen O, Moro ML, et al. Antimicrobial use in European acute care hospitals: results from the second point prevalence survey (PPS) of healthcare-associated infections and antimicrobial use, 2016 to 2017. *Euro Surveill* 2018;23(46). doi: 10.2807/1560-7917.

20 Source : Belgian Hospitals - Surveillance of Antimicrobial Consumption, Sciensano

Afin de limiter la résistance aux antibiotiques, il convient d'éviter l'utilisation inutile d'antibiotiques. Si un traitement antibiotique est nécessaire, les directives recommandent d'utiliser des antibiotiques à spectre étroit (actif uniquement contre un groupe spécifique de bactéries). Par exemple, les antibiotiques à large spectre peuvent être réservés aux cas complexes dans lesquels les antibiotiques à spectre étroit ne sont pas suffisants ou ne donnent plus de résultats. L'utilisation d'antibiotiques à large spectre reste néanmoins élevée (environ 30% de la consommation totale d'antibiotiques en Belgique, répartition entre les pays européens : 16-62 % <sup>[21]</sup>). Les grandes variations observées au niveau de la consommation des antibiotiques entre les hôpitaux aigus et de la consommation élevée d'antibiotiques à large spectre constituent des points à améliorer. Le KCE a rédigé un certain nombre de recommandations pour une politique plus efficace en matière d'antibiotiques en Belgique. Plus d'informations sont disponibles sur leur [site web](#).

### 3. Pay for performance

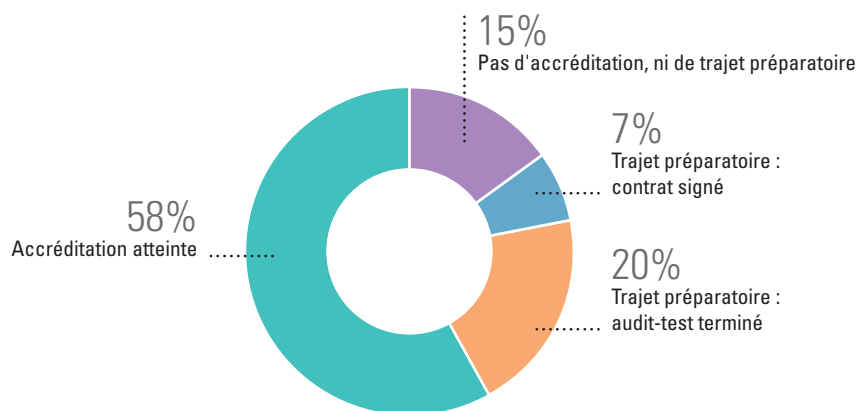
Dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux, l'introduction d'un programme **Pay for Performance** (P4P)<sup>[22]</sup> devient une priorité évidente. « Pay for Performance » est un système qui récompense financièrement les hôpitaux qui obtiennent de bons résultats sur un ensemble choisi d'indicateurs. Ces indicateurs constituent une échelle de mesure de l'organisation et des processus au sein de l'hôpital, des soins dispensés et des résultats de santé au niveau des patients traités.

Les premiers ensembles d'indicateurs P4P pour les hôpitaux belges, composés d'un certain nombre d'indicateurs à l'échelle de l'hôpital et d'indicateurs liées aux pathologies spécifiques ont été développés en 2018 et en 2019. Ils doivent être considérés comme une première étape vers un programme P4P à part entière. Un démarrage modeste, le pragmatisme, la disponibilité de données nationales et la faisabilité à court terme sont les quatre éléments qui ont joué un rôle lors de la sélection des indicateurs. Dans les prochaines années, l'ensemble d'indicateurs sera optimisé.

Nous allons maintenant nous arrêter sur certains de ces indicateurs. De plus amples informations sur le programme « Pay for performance » et l'ensemble complet des indicateurs sont disponibles [ici](#).

#### ACCREDITATION ISQUA

ISQUA - ACCRÉDITATION P4P - PROGRAMME 2019 (N=100 HÔPITAUX)



21 En Belgique, l'utilisation des antibiotiques fait l'objet d'une surveillance nationale (BeH-SAC: Belgian Hospitals – Surveillance of Antimicrobial Consumption). Pour plus d'informations sur cette surveillance, veuillez consulter les sites [www.nsih.be/surv\\_gm/introduction\\_fr.asp](http://www.nsih.be/surv_gm/introduction_fr.asp) et [www.healthstat.be](http://www.healthstat.be).

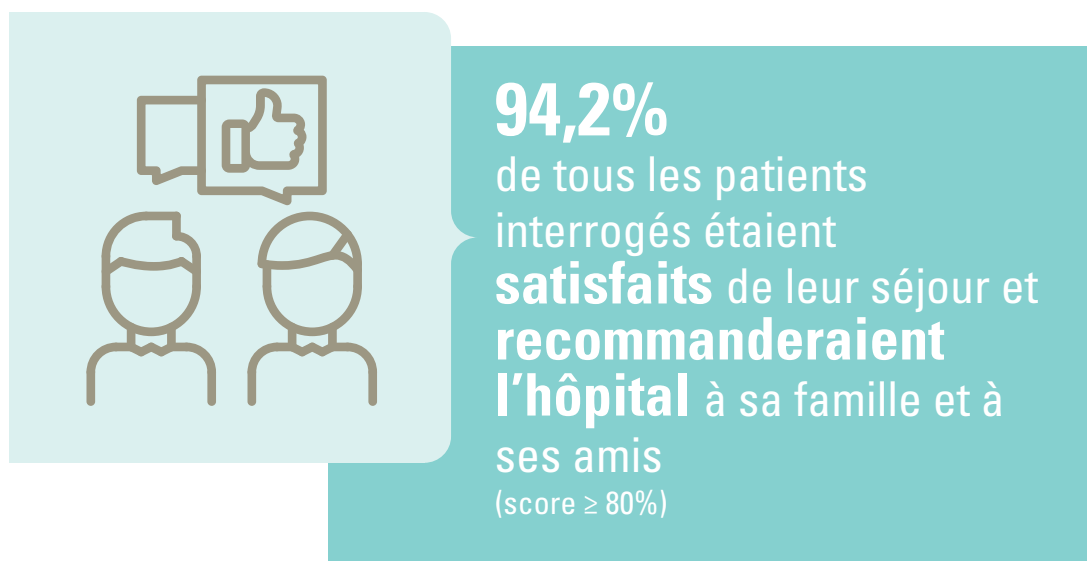
22 Annemans L, Boeckxstaens P, Borgermans L, De Smedt D, Duchesnes C, Heyrman J, Remmen R, Sermeus W, Van Den Broecke C, Van Herck P, Vanmeerbeek M, Willems S, De Gauquier K. Voordelen, nadelen en haalbaarheid van de introductie van 'Pay for Quality' programma's in België. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2009. KCE Reports vol 118A. D/2009/10.273/50.

Dans une accréditation ISQua (International Society for Quality in Health Care)<sup>[23]</sup> à l'échelle de l'hôpital, la qualité réelle des soins dans tout l'hôpital est contrôlée et comparée aux normes et standards élevés. L'accréditation des établissements de santé est une méthode d'évaluation externe, généralement volontaire, qui fait référence à une démarche professionnelle par laquelle un établissement de soins apporte la preuve qu'il satisfait, dans son fonctionnement et ses pratiques, à un ensemble d'exigences formalisées et présentées sous forme de manuel, c'est-à-dire « le référentiel » préconisé par un organisme d'accréditation. L'organisme d'accréditation ainsi que son manuel sont validés par un organisme extérieur indépendant, l'ISQua, reconnu des professionnels hospitaliers au niveau international. Il s'agit d'un exercice radical qui impacte tous les départements et tous les niveaux de l'hôpital. Les institutions de soins déploient d'importants efforts pour obtenir un certificat d'accréditation ISQua. Le programme P4P récompense financièrement aussi bien les hôpitaux qui ont déjà obtenu le certificat que ceux qui sont encore en phase préparatoire.

## EXPÉRIENCES DES PATIENTS

Il est important de mesurer l'expérience des patients. Les patients devraient être impliqués en tant que partenaires actifs dans l'amélioration des soins. Les établissements de santé peuvent utiliser le feed-back des patients pour améliorer la qualité de leurs soins.

Le programme P4P 2019 évalue les expériences du patient de deux manières : le niveau de satisfaction du patient par rapport à son séjour à l'hôpital et la mesure dans laquelle le patient recommanderait l'hôpital à sa famille et à ses amis.

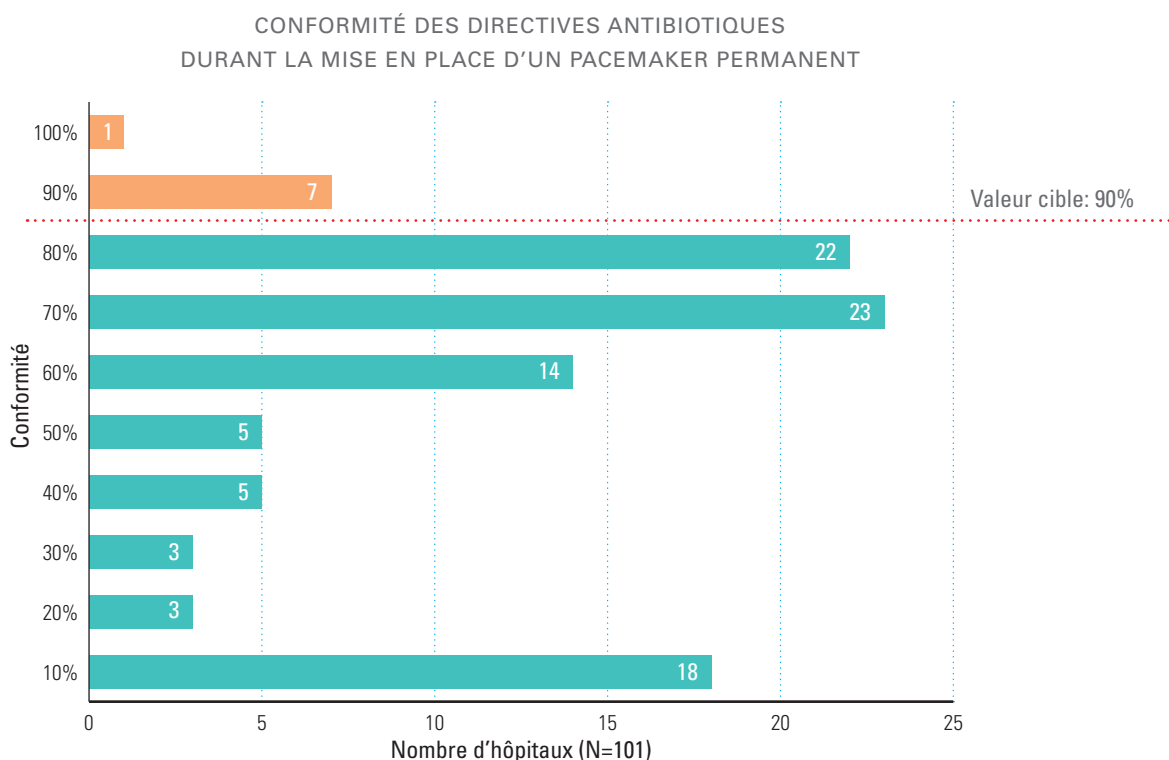




## PROPHYLAXIE ANTIBIOTIQUE DANS LE CADRE DE L'IMPLANTATION D'UN STIMULATEUR CARDIAQUE (PERMANENT)

La politique en matière d'antibiotiques et la gestion des infections constituent des piliers fondamentaux pour la qualité des soins et contribuent en outre à la sécurité du patient. La note stratégique du BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee) pour la période 2014-2019 souligne l'importance d'un suivi continu de plusieurs indicateurs de qualité dans les hôpitaux, parmi lesquels l'indicateur « Choix des antibiotiques dans le cadre de la prophylaxie chirurgicale ». Ce point est important pour optimiser l'utilisation des antibiotiques afin d'éviter le risque d'infection au niveau du patient individuel et de réduire le risque de résistance bactérienne pour la population en général. Ci-dessous un indicateur concernant l'antibioprophylaxie prophylactique est expliqué plus en détail. Cet indicateur mesure si le **choix** et la **dose** de l'antibiotique sont conformes aux directives antibiotiques pour la pose d'un stimulateur cardiaque (permanent)<sup>[24]</sup>; Ici, l'instant et la durée de la prophylaxie ne sont pas pris en compte. L'antibiotique de préférence est la céfazoline (min. 1 gramme à max. 2 grammes par jour) et une alternative est le céfuroxime (1,5 gramme par jour).

En moyenne, en 2012, 2013 et 2014, dans 53,7% des séjours hospitaliers avec implantation d'un stimulateur cardiaque (permanent), la prophylaxie antibiotique a été réalisée conformément aux directives sur les antibiotiques. Nous constatons une grande variation entre les hôpitaux, 8% d'entre eux ayant atteint la valeur cible d'une moyenne de 90%.



24 Sanford, J.P., Gilbert, D.N., Chambers, H.F., Eliopoulos, G.M., Moellering, R.C., Saag, M.S. The Sanford guide to antimicrobial therapy 2012-2013 (Belgian/Luxembourg edition), 189-197.

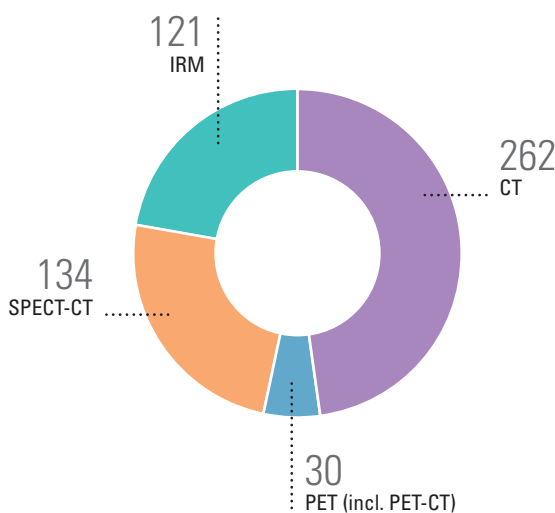
## 4. Imagerie médicale

L'« imagerie médicale » est un terme générique utilisé pour désigner les différentes techniques permettant de réaliser des images du corps. Dans les hôpitaux, l'imagerie médicale est utilisée pour diagnostiquer, détecter et surveiller les maladies à un stade précoce, soutenir les interventions médicales et évaluer les traitements.

### On distingue les dispositifs d'imagerie médicale à usage intensif suivants :

- **CT**: la tomodensitométrie utilise des rayons X pour faire des coupes transversales de l'intérieur du corps. Le patient est donc littéralement « scanné ». C'est pourquoi dans le langage populaire on appelle souvent cet examen un « scanner ».
- **IRM**: l'imagerie par résonance magnétique utilise un champ magnétique puissant et des ondes radioélectriques pour fournir des images de l'intérieur du corps.
- **SPECT-CT**: un produit radioactif injecté est utilisé ici. Le rayonnement est ensuite mesuré à l'aide de détecteurs qui tournent autour du patient. Et ensuite, les mesures sont ajoutées aux images CT afin de pouvoir voir clairement où le produit injecté s'est réparti.
- **PET** (y compris PET-CT et PET-MRI) : comme pour le SPECT-CT, cet examen utilise un produit radioactif. Le produit radioactif utilisé dans le PET a la particularité de pouvoir toujours être mesuré dans les deux sens. En combinant les informations provenant des 2 mesures, les médecins obtiennent une image très précise de la distribution du produit injecté.

NOMBRE D'APPAREILS POUR L'IMAGERIE MÉDICALE LOURDE (01/01/2018) [25]

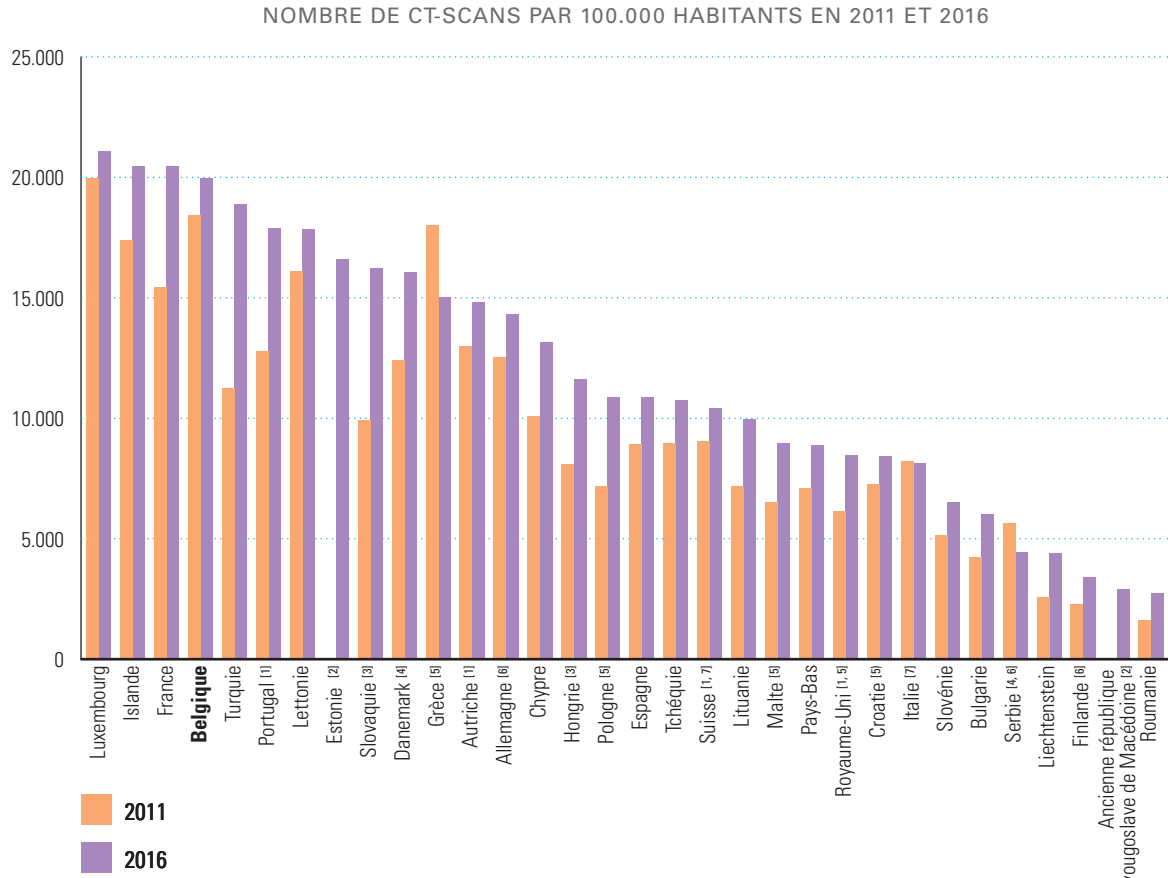


Les techniques ci-dessus ont toutes leurs forces et leurs faiblesses. Il n'existe pas de technique généralement applicable. Ce qui constitue une bonne technique d'imagerie pour un type de pathologie ne l'est pas toujours pour un autre.

L'imagerie médicale a permis d'énormes progrès en médecine moderne et joue un rôle de plus en plus important dans notre système de soins de santé. Cependant, l'utilisation fréquente de techniques telles que la tomodensitométrie présente également un inconvénient, à savoir une

25 Ceci concerne les appareils disposant des agréments et accréditations nécessaires et qui sont déclarés au SPF Santé Publique.  
Source : Cadastre de l'appareillage lourd d'imagerie médicale.

exposition accrue aux rayonnements ionisants. Comparativement à la situation dans d'autres pays, en Belgique, nous réalisons de nombreux CT-scans.



Remarque : les données de l'Irlande et de la Suède ne sont pas disponibles.  
<sup>[1]</sup> Uniquement les hôpitaux. <sup>[2]</sup> 2011 : pas disponible. <sup>[3]</sup> 2011 : définition différente. <sup>[4]</sup> Rupture dans l'évolution. <sup>[5]</sup> 2012 à la place de 2011.  
<sup>[6]</sup> 2015 à la place de 2016. <sup>[7]</sup> 2013 à la place de 2011.  
 Source : Eurostat (online data code: hlth\_co\_exam)

### LES IMAGES MÉDICALES NE SONT PAS DES PHOTOS DE VACANCES

Afin d'informer le secteur et la population sur l'importance d'une utilisation correcte de l'imagerie médicale, le SPF Santé publique a lancé une campagne annuelle entre 2012 et 2016 intitulée « Les images médicales ne sont pas des photos de vacances ».

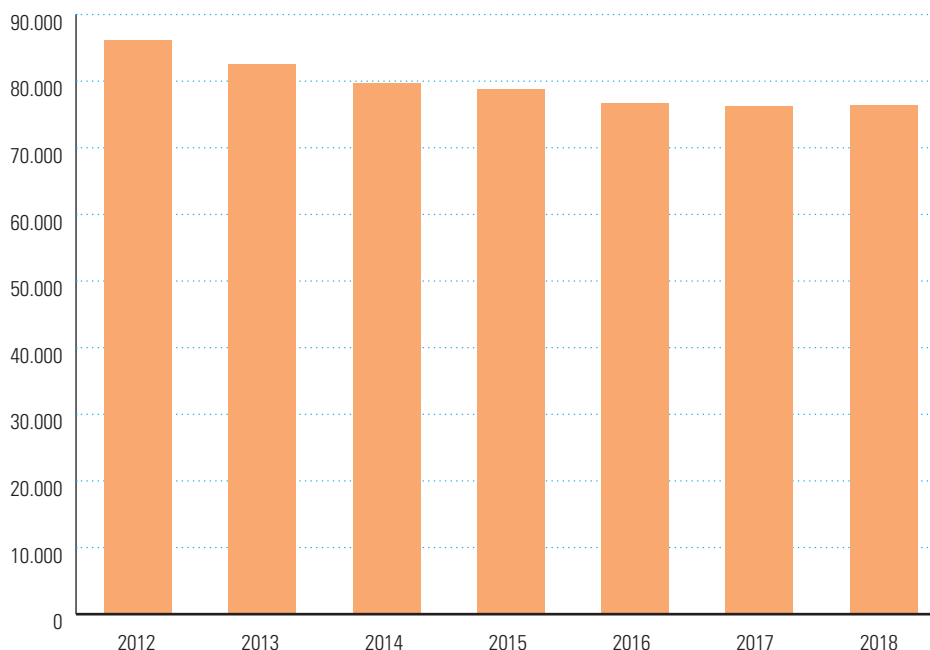
Les campagnes étaient des campagnes à grande échelle qui ont permis de mieux informer les citoyens et les ont incités à poser plus facilement des questions à leur médecin <sup>[26]</sup>. Résultat : une diminution du nombre des CT-scans chez les enfants et les adolescents de moins de 20 ans.



[www.pasderayonssansraisons.be](http://www.pasderayonssansraisons.be)

26 Pour plus d'informations sur les résultats de l'enquête, cliquez ici : [http://www.becaremagazine.be/fr\\_FR/2275/37005/belgian\\_medical\\_imaging\\_platform\\_bel mip.html](http://www.becaremagazine.be/fr_FR/2275/37005/belgian_medical_imaging_platform_bel mip.html)

NOMBRE DE CT-SCANS CHEZ LES ENFANTS ET JEUNES  
(0-20 ANS)<sup>(27)</sup>



Mais globalement, le recours aux CT-scans continue à d’augmenter dans notre pays. Le grand nombre de CT-scans contribue à la surcharge de radiation de la population belge. Puisque les examens IRM (par opposition aux CT-scans) n’impliquent pas de risque de radiation et peuvent être une alternative aux CT-scans dans certaines indications, le SPF Santé publique collabore avec l’INAMI et des experts du secteur afin de réorienter des CT-scans vers des examens IRM. Pour cela, il est important que l’offre soit bien adaptée aux besoins. Afin de pouvoir déterminer objectivement l’offre en appareils d’imagerie médicale, on a calculé le rapport du nombre d’appareils pour 100 000 habitants par région. Pour adapter ce ratio aux différentes régions du pays, le nombre d’appareils IRM a été augmenté de 12 appareils en 2014 ([protocole d’accord du 24 février 2014](#)). Après avoir évalué cette augmentation, il a été décidé en 2018, d’augmenter à nouveau le nombre à 18 appareils IRM supplémentaires ([protocole de suivi du 5 novembre 2018](#)). Ces nouveaux appareils seront opérationnels dans les hôpitaux d’ici deux à trois ans.

27 Source : données de facturation INAMI.



**POUR EN APPRENDRE PLUS SUR LES  
INITIATIVES EN FAVEUR  
DE LA QUALITÉ :**

- [BeCare Magazine](#)
- Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) :
  - [Organes de concertation](#)
  - [Hygiène de mains](#)
  - [Vous êtes en de bonnes mains](#)
  - [Usage correct antibiotiques](#)
- [Projet soins de développement](#)
- [Initiative hôpital ami des bébés](#)
- [Sécurité des patients](#)
- [Collèges de médecins](#)
- [Manuel belge d'audit clinique en imagerie médicale](#)
- [Recommandations pour l'usage correct de l'imagerie médicale](#)
- [Belgian Quality in Transfusion\(Be-Quint\)](#)
- [Soins pharmaceutiques](#)
- [Qualité des soins](#)
- [PAQS](#)
- [OCDE](#)
- [World Health Organisation](#)

