

## Préambule

Les Collèges de médecins ont été créés par Arrêté Royal en 1999, comme une des modalités d'application de l'art.15 de la loi sur les hôpitaux, relatif à la qualité des soins.

Le présent rapport est destiné à rendre compte de leurs activités au cours de la période 2002-2003. Il a été coordonné par le Service des hôpitaux généraux et de la qualité des soins au sein du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Ce document s'articule de la manière suivante :

- Chapitre 1 : présente les aspects généraux communs aux activités des Collèges de médecins, un résumé synthétique de leurs principales activités au cours de la période envisagée, et une analyse SWOT pour chaque Collège ;
- Chapitre 2 : décrit les enjeux auxquels sont confrontées les diverses activités hospitalières qui sont du ressort des Collèges, avec une analyse SWOT pour chaque secteur d'activités ;
- Chapitre 3 : extraits des rapports d'activités des Collèges ;
- Chapitre 4 : bilan financier ;
- Chapitre 5 : annexes.

Rappelons, comme introduction générale à la problématique des Collèges de médecins, le tableau SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) qui avait été établi à leur sujet à l'occasion du symposium « Qualité des Soins » de l'ISQUA (Paris, novembre 2002) :

### SWOT Qualité

<b>Forces (Strengths)</b>	<b>Opportunités (Opportunities)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- culture qualité en progrès</li><li>- responsabilisation</li><li>- inter et multi disciplinarité</li><li>- production croissante</li><li>- banques de données propres</li><li>- benchmark, win win</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- amélioration de la qualité</li><li>- EBM, accréditation</li><li>- comparaisons internationales</li><li>- nouvelles technologies</li><li>- trajectoires de soins</li></ul>
<b>Faiblesses (Weaknesses)</b>	<b>Menaces (Threats)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- investissement temps, coûts</li><li>- isolement persistant</li><li>- masse critique pas atteinte</li><li>- peu d'implication des gestionnaires</li><li>- visibilité de l'activité et des résultats ?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- continuité : fatigue</li><li>- limites budgétaires</li><li>- agenda « secret » ?</li><li>- des praticiens</li><li>- des décideurs</li><li>- des autres partenaires</li></ul>

## **Collèges de médecins : perspectives et enjeux 2003-2004**

## Collèges de médecins : perspectives et enjeux 2003-2004

Les Collèges de médecins ont été créés en 1999 dans 9 domaines de l'activité hospitalière, avec pour objectif la promotion de la qualité dans leurs spécialités respectives, par (cfr. AR du 15/2/99) :

- la fixation, en consensus, d'indicateurs de la qualité et de critères d'évaluation en matière de bonne pratique médicale ;
- l'élaboration d'un modèle d'enregistrement informatisé et d'un rapport type ;
- la réalisation éventuelle de visites et l'exécution de contrôles des données enregistrées ;
- la rédaction d'un rapport annuel national à l'intention du groupe de travail de coordination de la structure de concertation ;
- la réalisation d'un feedback pour les hôpitaux et les médecins concernés.

La désignation des membres des Collèges s'est appuyée, de manière générale, sur l'avis des sociétés scientifiques et des unions professionnelles de leurs disciplines. Ceci les légitimait, en principe, à la fois au plan scientifique et corporatiste, et les mettait statutairement en situation privilégiée pour entretenir une relation de partenariat entre l'autorité et le terrain. Certains Collèges de médecins ont été complétés par des groupes de travail axés sur l'activité paramédicale : c'est le cas des infirmiers francophones et néerlandophones en néphrologie, et des physiciens en radiothérapie.

Dans plusieurs des domaines concernés, la mise en place du Collège de médecins avait été précédée par une activité de collecte de données et un commencement d'évaluation de l'activité du secteur, souvent à partir d'une commission ou d'un groupe de *peer review*, issu d'une association professionnelle ou scientifique. Dès l'installation des Collèges, une orientation méthodologique leur a été proposée de manière souple, basée sur le cycle de qualité « Plan-Do-Check-Act » et un recueil de données systématique destiné à en parcourir les étapes.

Ces étapes se sont déroulées, en gros, selon le même canevas pour l'ensemble des Collèges, conformément aux missions qui leur ont été imparties, avec un accent plus ou moins important sur l'une ou l'autre selon les sensibilités et les circonstances :

- définition d'un mode de fonctionnement (avec adoption d'un règlement d'ordre intérieur) ;
- définition d'une stratégie et choix d'un ou plusieurs thèmes de travail ;
- définition d'indicateurs de qualité axés sur les ressources, les processus ou les résultats de l'activité dans les hôpitaux ;
- transmission d'un feed back, éventuellement assorti de recommandations ou de guidelines au terrain ;
- promotion de l'amélioration continue de la qualité, gestion du changement de la prise en charge des patients ;
- transmission de conclusions à la multipartite en vue d'améliorer la politique de santé.

A travers ces étapes, et les missions qui leur sont imparties, le rôle des Collèges de médecins dans le système de santé apparaît orienté selon deux grands axes : l'explicitation de la qualité d'une part, tant vis-à-vis de la profession que des autres interlocuteurs concernés (public, autorité, partenaires économiques) ; d'autre part l'échange bilatéral d'information sur les pratiques entre l'autorité et le terrain hospitalier, en ce qui concerne les attentes et les priorités des uns et des autres. Attentes et priorités qui participent aux enjeux auxquels se mesurent chacun des Collèges, au plan de leur statut, des exigences scientifiques à défendre, des intérêts corporatistes impliqués à confronter à l'intérêt général, articulé quant à lui autour de préoccupations éthiques et de santé publique, avec leurs implications économiques. Pour assumer ce rôle, il appartient aux Collèges de développer une vision et un savoir-faire qui contribuent à leur donner une triple fonction : d'autorité morale, en tant qu'ils sont censés être un lieu de réflexion reconnu par leurs pairs ; d'opinion leader, parce qu'ils sont en situation privilégiée pour diffuser de l'information auprès du secteur qui les concerne ; et de relais pour le transit de l'information, notamment entre les autorités de santé publique et le public cible, par leur position institutionnelle. Pour affirmer cette triple fonction, il faudra que les Collèges bénéficient de la légitimité et de la reconnaissance voulues auprès des diverses instances dont ils sont partenaires. Il faudra aussi qu'ils se soucient d'augmenter leur visibilité pour les professionnels de terrain, de leurs disciplines surtout, mais aussi de celles concernées par les problématiques abordées.

On trouvera des exemples de l'activité des Collèges à l'adresse suivante : [www.health.fgov.be/vesalius/quality/startf.htm](http://www.health.fgov.be/vesalius/quality/startf.htm), rubrique « feedback (Initiatives fédérales qualité dans les hôpitaux belges) ».

**SWOT Collèges de médecins**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- nécessité d'expliciter la qualité dans un cadre structuré</li><li>- soutien de l'autorité</li><li>- autonomie de gestion de l'information</li><li>- centre d'expertise spécifique de la discipline</li><li>- autorité morale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- multiplicité des niveaux de décision</li><li>- difficultés de définition du cadre légal</li><li>- perception insuffisante de l'opportunité, de l'utilité</li><li>- difficultés de financement de l'activité</li><li>- motivation fluctuante</li></ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- légitimité potentielle</li><li>- opinion leader</li><li>- relais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- concurrence d'autres instances</li><li>- burnt-out</li><li>- financement</li><li>- divergence autorité-collège</li><li>- risque de lâchage par l'autorité en cas de manque de pertinence des résultats</li></ul>

## Apports de l'activité des Collèges de médecins et thèmes choisis (synopsis)

### Collège de la Pathologie Cardiaque

#### Activités

Chirurgie cardiaque :

- enregistrement de l'ensemble des interventions

Cardiologie interventionnelle :

- base de données agrégées par centre
- registre des stents

Electrophysiologie et pacing :

- enregistrement des procédures d'ablation
- base de données de pacing
- informatisation et développement d'un logiciel pour la collecte de données

#### SWOT du Collège de la pathologie cardiaque

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- importance de la pathologie cardiaque en santé publique</li><li>- attractivité de la discipline dans la profession médicale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- manque de cohésion au sein du Collège</li><li>- peu de volonté de travail efficace au sein du Collège</li><li>- démarche complexe pour la mise au travail au sein du Collège</li></ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- mise en route de la collaboration entre les différentes disciplines cardiologiques</li><li>- confrontation des différentes disciplines cardiologiques dans le Collège</li><li>- restructuration du Collège</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- manque de crédibilité vis à vis de l'autorité</li><li>- décisions de l'autorité dans la discipline sans tenir compte du Collège</li><li>- financement</li></ul>

## Conclusion

Comme on peut le voir, les Collèges avancent à des rythmes différents, et les types d'enseignements que permettent les analyses des données recueillies sont variés. Ainsi par exemple, le Collège de Radiothérapie a fourni un travail considérable, mais les informations obtenues donnent des indications descriptives plutôt qu'elles ne fournissent des tableaux de bord de suivi et d'amélioration de la qualité. A l'inverse, le Collège de médecine de la reproduction se centre sur un thème sensible, pour en faire un indicateur et un objectif de qualité. Le Collège des Centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique, aidé par un registre aujourd'hui *on line*, définit des indicateurs susceptibles de faire partie d'un tableau de bord, mais n'a pas encore développé de modalité pour interpeller les centres dont les résultats se situent à l'écart de la moyenne. Globalement, l'influence des Collèges sur la qualité des pratiques est encore limitée, mais l'expérience est encore récente, et pour beaucoup d'intervenants, il s'agit d'inventer le mouvement en marchant.

Il faut ajouter qu'en plus des problèmes inhérents à leur démarrage, les Collèges ont souffert, particulièrement au cours de 2003, de difficultés administratives liées à la réforme de la multipartite, à la lenteur de l'officialisation de leur renouvellement, et aux modalités de leur financement, pour lequel une solution structurelle satisfaisante est encore à mettre au point.

De la disparité rencontrée, il est toutefois possible de dégager quelques conclusions :

- l'existence préalable d'une tradition d'enregistrement de données est un atout (cfr. centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique) ;
- les disciplines réunissant un petit nombre d'acteurs autour d'une problématique circonscrite avancent plus facilement (cfr. médecine de la reproduction , néonatalogie intensive... *a contrario* : pathologie cardiaque, RMN) ;
- il est nécessaire que le Collège dispose d'une image de légitimité au sein de la profession ;
- un accompagnement méthodologique est nécessaire à l'accomplissement de la mission des Collèges. Les acteurs de terrain sont tentés, vu leur culture professionnelle, de constituer des bases de données de type épidémiologique, certes intéressantes au plan scientifique, mais difficiles à analyser et à utiliser comme indicateurs dans une perspective d'assurance de qualité ; il convient de les accompagner pour les inciter à constituer des bases de données moins exhaustives et plus opérationnelles dans une perspective qualité ;
- un recueil de données fiables ne peut être réalisé sans personnel désigné et dédié à cette tâche : un élément de permanence est indispensable ;
- en corollaire de ce qui précède, les Collèges doivent pouvoir compter sur une continuité de financement de l'activité impliquée par leur mission ;
- une reconnaissance effective des Collèges comme interlocuteurs par l'autorité est indispensable pour susciter et entretenir la motivation de leurs membres.

Dans l'avenir, il faudrait que se développent au moins deux domaines d'activité qui n'ont été que peu explorés jusqu'à présent.

D'une part, il est nécessaire de faire progresser la recherche et la définition de recommandations de bonne pratique (*guidelines*), issues soit de la littérature, soit de l'expérience locale, d'en assurer la diffusion, de les assortir de la mise au point progressive d'indicateurs de leur acceptation et de leur respect, et de rechercher des explications aux

manquements éventuels qui seraient constatés. Pour cette activité particulièrement, une collaboration avec le Centre d'expertise des Soins de Santé devrait être développée.

D'autre part, l'évolution du travail devrait se faire vers le développement d'une méthodologie plus systématiquement proche du modèle « cycle de qualité » PDCA, particulièrement en ce qui concerne son quatrième terme (Act), c'est-à-dire la mise en œuvre de mécanismes de correction mis en évidence par les mesures (Check) ; ceci implique la mise en place d'indicateurs de suivi en continu, composant un « tableau de bord ». Pour y parvenir, le choix des thèmes de travail est important : rappelons qu'ils doivent concerner des problématiques reconnues, significatives et vulnérables. Il ne s'agit pas en l'occurrence d'une exigence d'orthodoxie théorique, mais d'un constat récurrent : un fonctionnement orienté « qualité » n'est pas une recette de cuisine, mais un état d'esprit.

Plusieurs projets sont en perspective à des stades plus ou moins avancés de réalisation : la restructuration du Collège de Pathologie cardiaque, l'installation d'un Collège de Soins Intensifs Maternité couplé au Collège de Néonatalogie Intensive, la création d'un Collège d'Oncologie, la refonte du Collège de Résonance Magnétique Nucléaire dans un Collège plus large d'Imagerie Médicale, la création d'un Collège de Médecins Chefs.

Ces perspectives témoignent de l'intérêt porté au modèle, ainsi que d'une tendance à plus de multidisciplinarité. Cette tendance s'appuie sur la conviction qu'il est important, pour promouvoir la qualité de façon structurée, de multiplier les contacts et de favoriser la communication, notamment entre des acteurs qui sont confrontés aux mêmes problèmes mais dont les spécificités entraînent des angles d'approche différents. Elle est aussi une des manifestations d'un postulat de base : les Collèges sont des outils au service de l'évaluation de la qualité des soins et de sa promotion au sein des structures dont ils sont issus. Leur domaine d'application est celui des procédures et des résultats, mais ne concerne en aucune façon l'évaluation de la compétence individuelle des professionnels qui travaillent dans ces structures.

L'enjeu fondamental de l'explicitation, de l'évaluation et de la promotion de la qualité des soins est la prise en charge par les professionnels de santé du rôle qui leur appartient, et de la responsabilité qui leur incombe, dans la bonne utilisation des ressources disponibles : à savoir leur utilisation efficace, pertinente et proportionnelle aux besoins.

Il leur appartient de prendre la dimension des variations de pratique, en termes de processus et de résultats, d'en évaluer et d'en expliquer les raisons, et de les réduire, pour une utilisation optimale des moyens lorsque cela peut se faire, en tirant l'enseignement des meilleurs résultats obtenus (plutôt qu'en s'acharnant sur les moins bons).

Les Collèges en place et à venir peuvent jouer un rôle déterminant dans cette démarche, face aux défis qui attendent l'économie de la santé, et notamment aux inévitables modifications qui devront s'opérer dans les modalités de financement de l'activité hospitalière.



## **Enjeux des différentes disciplines**

## **Enjeux de la pathologie cardiaque**

### **1. Introduction**

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité dans notre société (45% de la mortalité totale en Belgique). Parmi elles, les affections relevant de la pathologie cardiaque tiennent une part importante. 57 % des belges de plus de 65 ans prennent des médicaments pour une pathologie vasculaire ou une hypertension.

On peut répartir ces affections en grandes catégories de problèmes, susceptibles chacune de donner lieu à des pathologies aiguës et chroniques, et requérant des types de prises en charge différenciés :

- problèmes coronariens,
- problèmes de troubles du rythme
- problèmes d'insuffisance cardiaque.

En amont de ces pathologies cardiovasculaires, des facteurs de risques ont été bien identifiés: hypertension artérielle, affections métaboliques (dyslipidémies, diabète), obésité, tabagisme chronique, facteurs de société (stress, sédentarité), prédispositions familiales.

### **2. Enjeux organisationnels et médicaux**

- multidisciplinarité au sein de la cardiologie
- développement des traitements médicamenteux
- shift vers traitement plus précoce et moins invasif
- prévention primaire et secondaire

Au plan diagnostique et thérapeutique, l'évolution de la cardiologie a conduit au développement en son sein de disciplines variées, chacune équipée de ressources spécifiques :

- la cardiologie médicale
- la cardiologie invasive (cathétérisme – électrophysiologie - ablation)
- la chirurgie cardiaque

Il est important de garder entre ces différentes approches un contact permanent afin de permettre de délimiter précisément le terrain d'action de chacune d'entre elles : pour élaborer et mettre en oeuvre des guidelines ou des recommandations de manière générale, mais aussi pour ouvrir un dialogue destiné à offrir à chaque patient la stratégie de prise en charge la mieux adaptée à son problème spécifique. Les possibilités thérapeutiques s'étageant en une succession de techniques d'agressivité croissante, il importe de

développer une démarche diagnostique partagée entre les différents spécialistes. En conclusion : une vraie multidisciplinarité est souhaitable et indispensable.

Les indications actuelles sont-elles bien posées ? Certaines questions de procédure sont évidemment cruciales ; par exemple, comment prend-on en compte d'éventuelles interférences médicamenteuses dans le choix du traitement d'une arythmie, dans quelle mesure existe-t-il une procédure type face à ces problèmes ? Parmi les perspectives à développer, un point important à l'ordre du jour est de préciser le rôle que jouent les médicaments anti-arythmiques dans la genèse de troubles du rythme nécessitant un pacemaker définitif puisqu'on sait qu'un effet collatéral des anti-arythmiques est de générer des troubles du rythme. Il est donc important d'en préciser les indications, contre-indications, interactions, recommandations de suivi, etc..

Ces considérations valent d'ailleurs pour l'ensemble des traitements médicamenteux, particulièrement dans un domaine de pathologies où l'arsenal pharmacologique s'est complètement modifié en quelques décennies, et où le recours aux médicaments pour un patient est souvent prolongé, voire permanent.

Pour l'électrophysiologie, le caractère irréversible de certaines interventions impose une standardisation de la documentation préalable, afin de pouvoir évaluer la qualité des indications. D'autant que beaucoup de centres se contentent actuellement de faire de l'électrophysiologie diagnostique sans entamer de procédures thérapeutiques, ce qui implique de devoir référer le patient le cas échéant. D'autre part le remboursement des techniques diagnostiques est trop favorable par rapport au remboursement des techniques interventionnelles, ce qui crée un malaise.

Les données de la littérature laissent supposer que la prise en charge d'un infarctus aigu fasse appel à des techniques de cardiologie interventionnelle de plus en plus précoces, ce qui pose la question de la pertinence de découpler les techniques diagnostiques, invasives et interventionnelles.

L'approche de la pathologie cardiovasculaire s'articulera donc en plusieurs volets : prévention primaire et secondaire, prise en charge thérapeutique et accompagnement des affections venues à chronicité.

### **3. Enjeux éthiques et de santé publique**

- prévention primaire – mode de vie
- prévention secondaire – stratégies à élaborer
- cardiologie interventionnelle – limites d'âge
- prévalence en augmentation – consommation croissante de moyens

Dans le domaine préventif, la collaboration des autorités publiques avec les professionnels - et pas seulement des autorités sanitaires - peut (et devrait) peser d'un poids considérable, puisque des facteurs d'environnement et de société jouent un rôle reconnu dans le développement des pathologies cardiovasculaires.

Diffuser l'information, mais aussi favoriser un mode de vie sain sont des éléments clés d'une démarche préventive, qui n'est vraiment crédible que si, une fois la population sensibilisée à l'existence de facteurs de risques cardiovasculaires, l'organisation de la société lui donne accès à un mode de vie plus sain, tant au niveau de l'environnement que de l'alimentation, de l'organisation du travail, des loisirs, etc..

Au niveau de la prévention secondaire (hypertension, dyslipidémies par exemple), la prise en charge correcte des facteurs de risque identifiés peut également être influencée par l'autorité (accessibilité aux soins, organisation du dépistage, remboursement des médicaments,...).

L'enjeu de la prévention est donc d'installer et de maintenir un dialogue entre les professionnels et les responsables de la politique de santé, afin de dégager des stratégies respectueuses à la fois d'une utilisation optimale des ressources disponibles et de l'état des connaissances médicales.

Les indications pour des interventions de cardiologie invasive ou chirurgicale s'appliquent pour une population de patients qui augmente en âge. Ce qui ouvre le débat des limites d'âge éventuelles pour ces interventions.

Le groupe de personnes qui tôt ou tard consultera pour un problème cardiologique augmente en nombre vu le vieillissement de la population.

D'autre part le suivi d'une pathologie cardiaque est long et entraîne une consommation importante de moyens tant diagnostiques que thérapeutiques.

#### 4. Analyse SWOT

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- demande croissante</li><li>- résultats des traitements invasifs</li><li>- recherche : études cliniques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- fragmentation</li><li>- rivalités entre sous-spécialistes</li><li>- shift de la chirurgie cardiaque vers la cardiologie invasive puis vers la cardiologie</li><li>- isolement</li><li>- manque de continuité pour le patient</li><li>- manque de continuité avec autres spécialistes</li><li>- résultats limités de la prévention primaire et secondaire</li></ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- développement des techniques non chirurgicales</li><li>- développement de nouveaux médicaments (anti lipidémians)</li><li>- publication de guidelines pour la cardiologie interventionnelle</li><li>- publication de guidelines pour le pacing</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- financement des actes</li><li>- exagération dans l'intervention</li></ul>

## Annexe : données

### Activités de chirurgie cardiaque (données du Questionnaire Statistiques hospitalières annuelles)

	1998	2000
Nombre de centres	32	31
Nombre de centres participants	32	28
Nombre de chirurgiens	131	(120)
Chirurgiens/centre	4,12	
Nombre d'interventions	14.931	15.856
Interventions par centre	466,9	
Interventions/chirurgien	157,3	
Interventions adultes/pédiatriques	14.135 / 689	15.017 / 839
CABG (avec CEC)	8.678	6.887
Valve	1.759	± 15 % du total
CABG sans CEC	214	1.502
Transplantation	110 (88)	96 (84)
Réintervention	794	

En chirurgie cardiaque, on a recensé 15.017 interventions, dont 839 pédiatriques, en 2000. En cette matière (ainsi d'ailleurs que dans toutes les disciplines chirurgicales), il s'agira de faire évoluer les techniques afin d'obtenir les résultats les meilleurs pour le minimum d'agression.

### Activités de pacing en Belgique (données du BWGCPE (Belgian Working Group for Cardiac Pacing and Electrophysiology))

L'évaluation de l'activité de pacing peut s'appuyer sur un recueil de données remontant à 10 ans. En effet, l'implantation de pacemakers fait l'objet en Belgique, d'un enregistrement systématique sur base nationale depuis 1993; ce registre fut le premier système de collecte de données dans le domaine mis sur pied en Europe. Cette base de données contient actuellement les données de plus de 67.000 pacemakers implantés depuis lors, dans notre pays. Le recueil de données en Belgique concerne 80 à 90% des implantations, ce pourcentage ne serait que de 50% dans de nombreux pays voisins. Elle porte sur quelque 8.000 pacemakers implantés annuellement en Belgique.

Le nombre de centres agréés pour la mise en place de pacemakers est de 101 centres (> 1 centre pour 100.000 habitants).

Des données émanant du Registry of the European Working Group on Cardiac Pacing pour 2000/2001, on constate que la Belgique se situe dans le peloton de tête des pays européens en matière de mise en place de stimulateurs cardiaques définitifs, au même titre que l'Allemagne, la France et l'Italie, soit aux alentours de 650 pacemakers par million d'habitants alors que d'autres pays comme le Royaume Uni, les Pays Bas, l'Espagne, l'Irlande, la Norvège ou le Danemark en implantent deux fois moins, soit environ 300 pacemakers par million d'habitants. D'après les données émanant du BWGCPE (Belgian Working Group for Cardiac Pacing and Electrophysiology), cette situation ne semble en tout cas pas liée à un remplacement précoce des boîtiers de stimulateurs cardiaques en Belgique où la durée moyenne de vie de ces boîtiers est de 7,6 ans, bien au delà de la période de garantie de cinq ans demandée par le législateur belge. Cette garantie n'est d'ailleurs que de quatre ans au niveau international.

### Activités de Cardiologie invasive (données du groupe de travail de cardiologie invasive (BWGIC) 2002)

- participation : 23 centres / 34 centres reconnus pour la cardiologie interventionnelle
- données > 80 % des procédures effectuées
- stents :
  - usage croissant de stent durant les procédures d'angioplastie
  - succès de la procédure : > 93 %
  - taux de complication : faible, mortalité hospitalière moyenne < 1 % et recours à une chirurgie d'urgence < 0,5 %
- angioplasties :
  - augmentation de cas traités dans le contexte d'un infarctus aigu
  - 70 % des angioplasties pour lésion unique
  - proportion croissante de patients présentant des lésions coronariennes sur 2 vaisseaux
  - augmentation d'angioplasties effectuées dans le décours d'une procédure diagnostique
- procédures diagnostiques :
  - 30 centres / 47 centres de cathétérisme (représentant la majorité des procédures effectuées)
  - traitement médical est recommandé dans 45 % des patients ayant subi un cathétérisme
  - angioplastie est proposé dans 30 % des cas
  - chirurgie de pontage dans 20 % des cas

### Données du Questionnaire Statistiques hospitalières annuelles (2001)

La présence d'activités en cardiologie est mentionnée dans 112/120 hôpitaux aigus (93 %) :

- 100 % ont un programme A
- 100 % ont un programme P (pacemaker), dont 48/112 sont des programmes isolés
- le programme B1 (cardiologie diagnostique) se pratique dans 64 hôpitaux, dont 26/64 sont des programmes isolés (41 %)
- le programme B2 (cardiologie interventionnelle) se pratique dans 38 hôpitaux, dont 7/38 sont des programmes isolés (18 %)
- le programme B (chirurgie cardiaque) se pratique dans 31 hôpitaux, dont 7/31 (23 %) ont un programme T (transplantation) et 16/31 (52 %) ont un programme C (cardiologie congénitale)

A partir des réponses des 112 hôpitaux, l'activité annuelle a été estimée et la médiane des activités est de :

- 52 adultes traités par trombolyse
- 550 adultes ayant eu un cathétérisme cardiaque diagnostique (à l'exception de cathétérisme interventionnel)
- 577 adultes ayant eu une coronarographie
- 238 adultes ayant eu un cathétérisme interventionnel pour dilatation des coronaires
- 48 adultes ayant eu un cathétérisme interventionnel pour trouble du rythme
- 215 adultes dilatés chez qui un stent a été placé
- 77 adultes chez qui un nouveau stimulateur a été placé
- 14 adultes chez qui un stimulateur provisoire a été placé
- 8 enfants ayant subi un cathétérisme cardiaque diagnostique (à l'exception d'un cathétérisme interventionnel)
- 5 enfants ayant eu un cathétérisme interventionnel

Les activités concernant l'organisation et la gestion de la qualité dans les 112 hôpitaux aigus ayant des activités en cardiologie se répartissent comme suit :

- 54 % mentionnent un rapport annuel
- 93 % tiennent un registre des patients qui ont eu un stimulateur cardiaque
- 62 % tiennent un registre des patients qui ont eu une procédure de cardiologie interventionnelle
- 52 % tiennent un registre des patients qui ont eu une procédure thérapeutique liée à l'électrophysiologie cardiaque
- 64 % ont des protocoles standardisés par pathologie, élaborés de façon multidisciplinaire
- 79 % évaluent régulièrement la qualité des activités, mais seulement 20 % le font par un audit externe et 46% le font par un collège de pairs