
DOCUMENT DE VISION

COLLÈGE DE CARDIOLOGIE

OCTOBRE 2013

Au nom du Collège de Cardiologie

Pr Dr M. Claeys

Président

Cardiologue, UZ Antwerpen

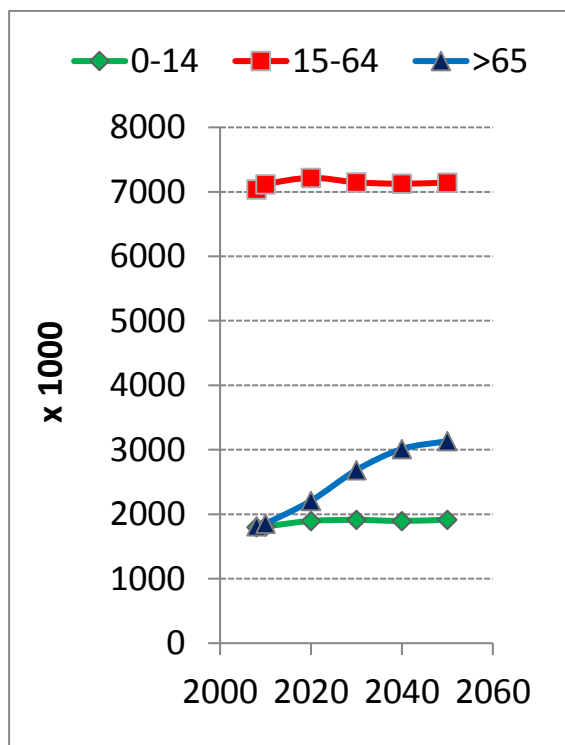
1. INTRODUCTION

Les maladies du système cardiovasculaire sont responsables de deux millions de décès dans les 27 pays de l'Union européenne (UE). Elles sont responsables de 42% de tous les décès au sein de l'UE. Les maladies cardiovasculaires présentent un taux de mortalité deux fois supérieur à celui du cancer. Un nombre important de ces décès s'expliquent par des complications sévères de cardiopathie ischémique comme les troubles rythmiques fatals et l'insuffisance cardiaque.

L'évolution de la mortalité cardiovasculaire est déterminée par deux phénomènes aux effets contraires.

D'une part, il y a le vieillessement de la population. Une projection des changements dans la population belge au cours des prochaines décennies, réalisée par le service Eurostat de la Commission européenne, montre que le nombre des plus de 65 ans passera progressivement de 16 à 25 % en 2040. L'athérosclérose étant un processus inhérent du vieillissement, on peut s'attendre, en cas de politique inchangée, à une hausse exponentielle des maladies cardiovasculaires.

A.



B.

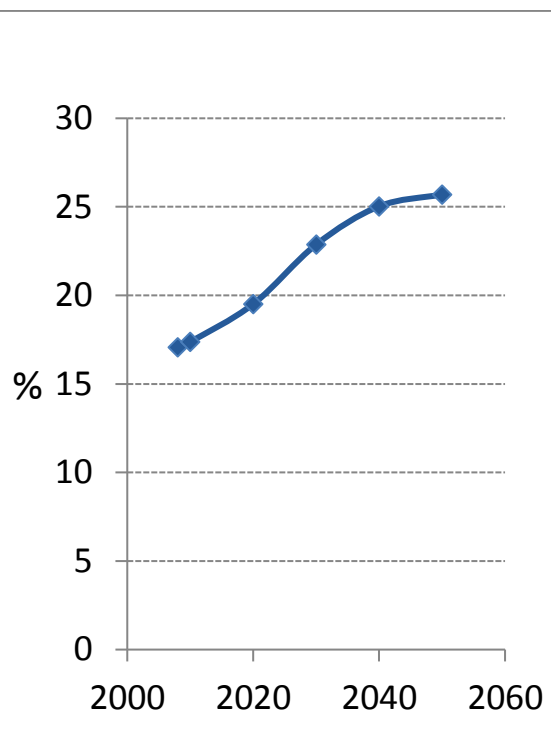
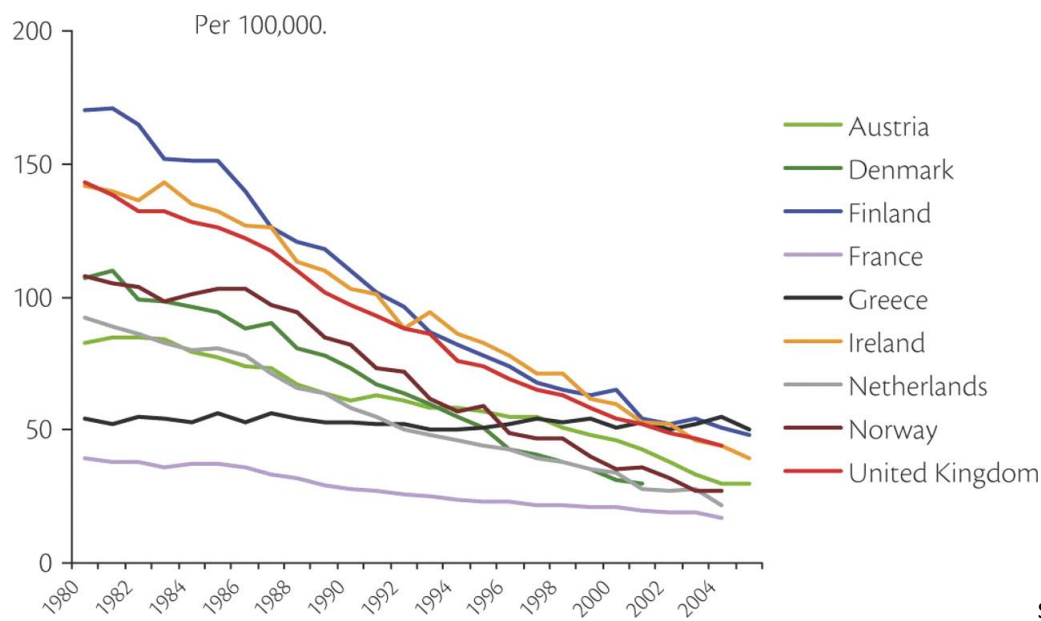


Schéma 5 : Projection de la population belge de 2008 à 2050 ; A : distribution des tranches d'âge ; B : part relative des plus de 65 ans dans la population totale. Données d'Eurostat, analyse du scénario de convergence EUROPOP2008.

D'autre part, des études épidémiologiques montrent clairement que le taux de mortalité des cardiopathies ischémiques a fort diminué en Europe au cours des dernières décennies (schéma 1). Cela s'explique par les avancées importantes réalisées dans le traitement de syndromes coronariens aigus, de l'hypertension et de l'insuffisance cardiaque, mais aussi par une meilleure prévention primaire et secondaire de l'athérosclérose.



Ces dernières décennies, la médecine, en particulier la cardiologie, a fortement évolué, avec une meilleure connaissance de la pathologie, résultant en une amélioration des méthodes de traitement (comme des médicaments et techniques plus efficaces). Le problème que pose cette évolution rapide de la médecine est que sa mise en œuvre est variable et n'est pas optimale. Par exemple, nous observons de grandes variations dans l'utilisation d'ICP primaires entre pays européens, et la prévention secondaire est insuffisante pour bon nombre de patients cardiaques (cf. Euro-Aspire) malgré la publication de guidelines.

Une application plus globale d'une médecine de qualité conformément aux principes EBM (evidence based medicine) donne lieu à une forte diminution de la mortalité à court et long termes, comme les enregistrements des infarctus du myocarde en Suède ont pu le démontrer. (cf. schéma)

Schéma 2A

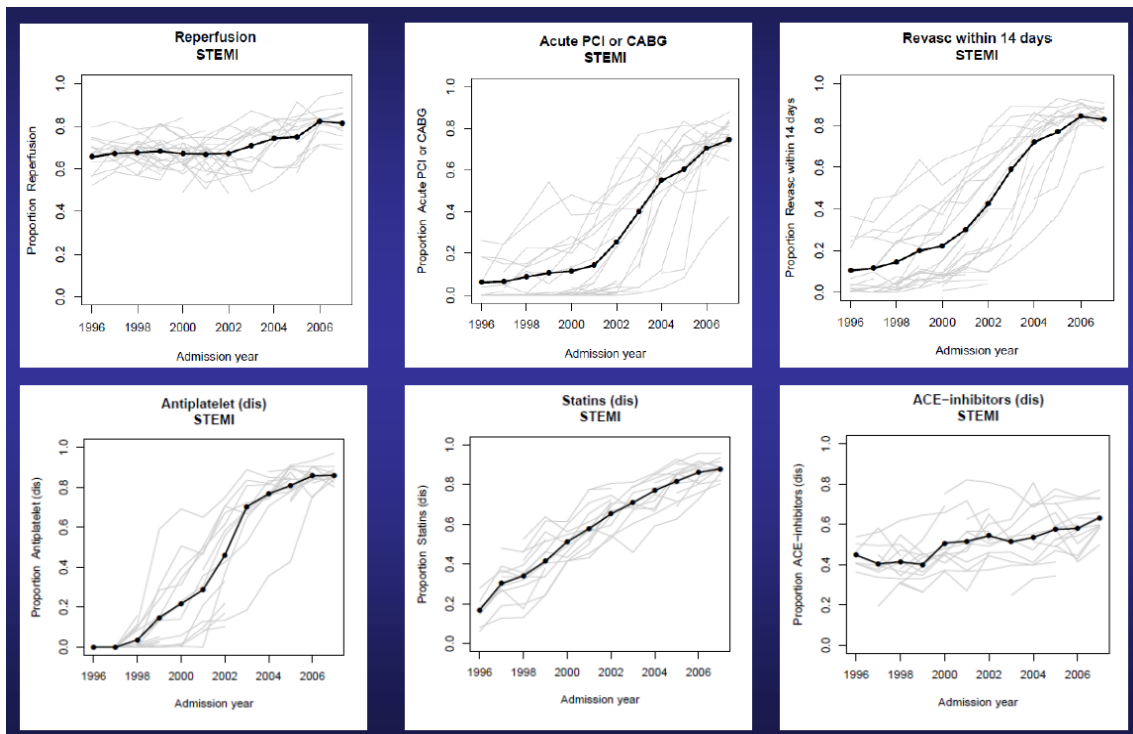
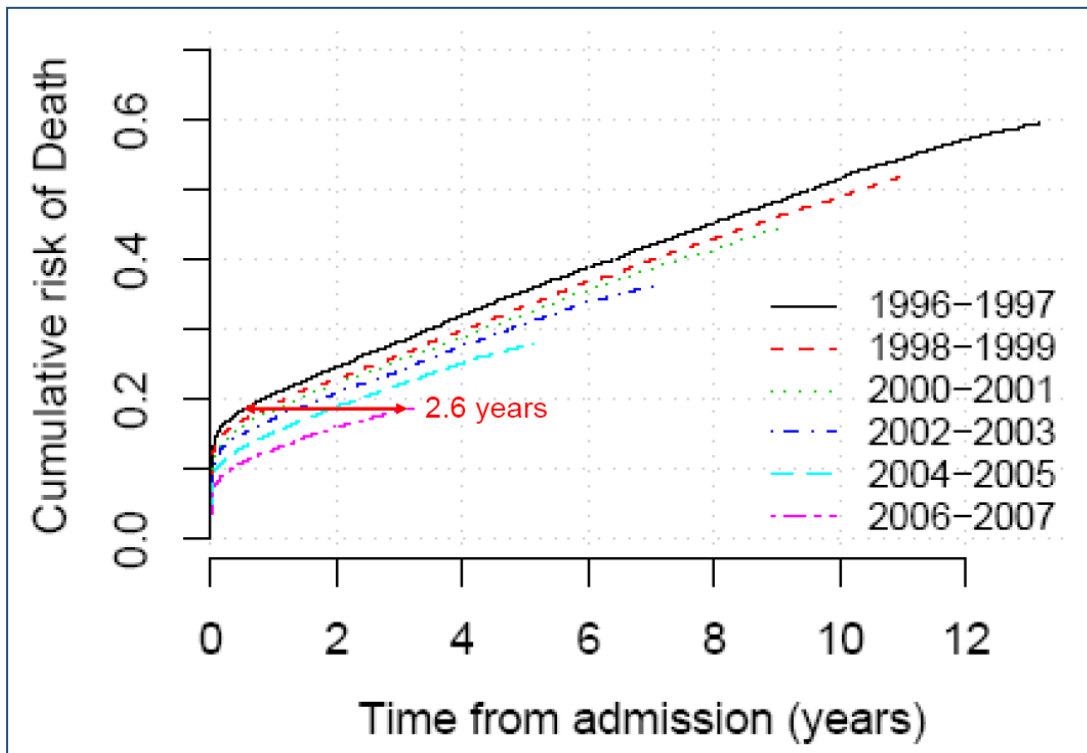


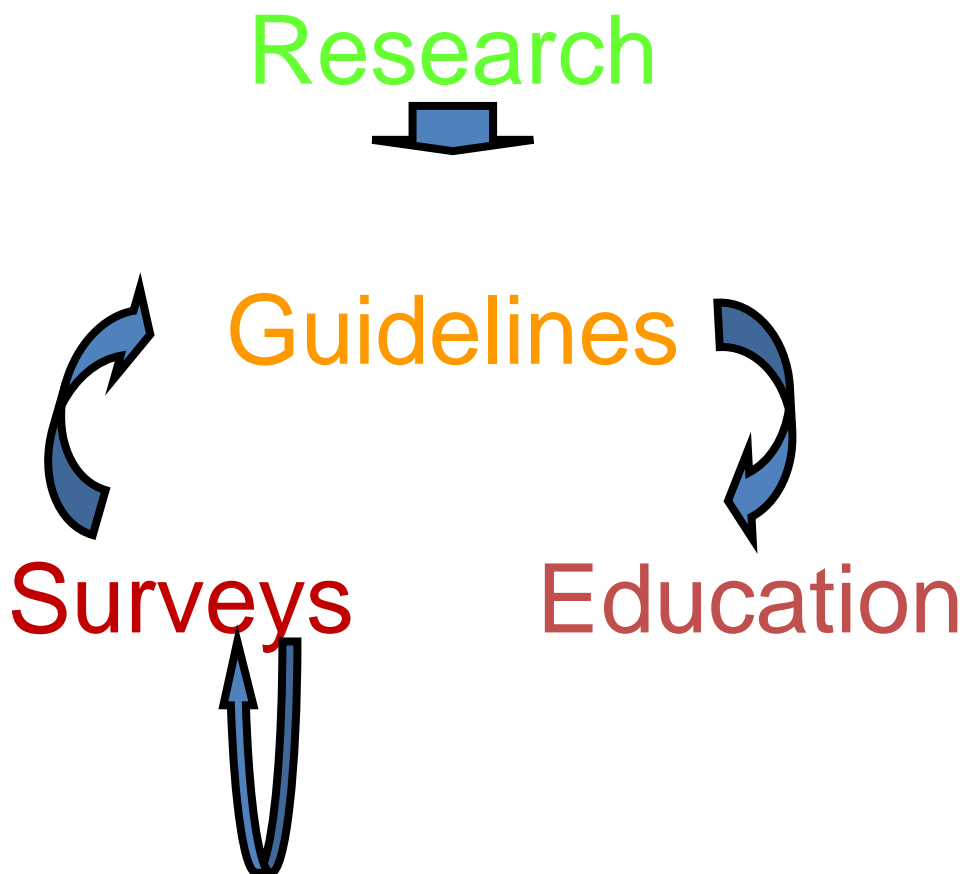
Schéma 2B



Évolution de l' « evidence based therapy » (2A) et de la mortalité (2B) en Suède pour les patients STEMI entre 1996 et 2007

On peut ainsi dire que l'offre de soins médicaux de qualité (tant curatifs que préventifs) à la population générale est la meilleure garantie de pouvoir enrayer l'explosion de maladies cardiovasculaires liée au vieillissement.

La promotion d'une médecine de qualité suit le cycle de vie de l' « evidence based medicine » (cf. schéma), qui évalue la mise en œuvre de guidelines sur base d'enregistrements/enquêtes, et où l'expérience de ces enregistrements peut inciter à modifier/adapter des guidelines existantes.



2. MISSION

Le Collège de Cardiologie a pour mission de promouvoir la qualité des soins cardiovasculaires, dans le but final de réduire la morbidité et la mortalité cardiovasculaires.

Pour ce faire, le Collège, en collaboration avec la Société belge de Cardiologie (BSC), développera des instruments en vue d'une meilleure implémentation des guidelines européennes dans la pratique cardiologique journalière en Belgique.

Les principaux instruments consistent en l'élaboration d'un manuel de qualité, l'organisation de réunions éducatives, la mise en place de registres nationaux avec indicateurs de qualité pour les pathologies cardiaques majeures, et l'organisation de processus de feed-back et de contrôle.

3. MANUEL DE QUALITÉ

Conformément à l'AR du 15 juillet 2004, tous les hôpitaux munis d'un programme de soins « pathologie cardiaque » doivent disposer d'un manuel cardiologique pluridisciplinaire. Ledit manuel vise une meilleure standardisation de la politique du patient cardiaque, tant au sein de l'hôpital que dans le cadre d'un réseau d'hôpitaux. Dans ce manuel seront abordés les éléments suivants :

a. Données administratives :

- Infrastructure et activités du service
- Personnel médical - paramédical - infirmier
- Accords de collaboration (interne et externe) pour les différents programmes de soins

b. Itinéraires cliniques / SOP (Standard Operating Procedure)

c. Politique qualité - élaboration d'indicateurs de qualité

Afin d'aboutir à un document stratégique plus uniforme, le Collège, en collaboration avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), élaborera un modèle générique qui servira de base au manuel de qualité, comme cela est prévu dans l'AR du 12/06/2012.

Le Collège rassemblera les manuels complétés des différents hôpitaux et veillera à la mise à jour des documents.

4. ÉDUCATION

En étroite collaboration avec la Société belge de Cardiologie et les groupes de travail, des réunions éducatives seront organisées chaque année pour expliquer et discuter des nouvelles guidelines européennes.

Lors de l'assemblée nationale de la Société belge de Cardiologie, une session conjointe BSC-ESC sera organisée sur une nouvelle guideline européenne.

Par ailleurs, les différents groupes de travail scientifiques de la BSC organiseront des journées d'étude lors desquelles les guidelines seront traduites d'un point de vue pratique (p. ex. au moyen de flow-charts).

Des initiatives seront prises entre la partie cardiochirurgicale et la partie cardiologique du Collège de Pathologie cardiaque afin de prendre des dispositions quant à la mise en place d'une « heart team » dans le cadre d'une indication cardiochirurgicale.

5. REGISTRES NATIONAUX

L'enregistrement de la pratique clinique est un élément important du processus EBM. Il permet de voir dans quelle mesure des recommandations médicales sont respectées, et dans quelle mesure l'application de ces recommandations conduit à un meilleur pronostic. La cardiologie compte les enregistrements suivants :

- a. Registre STEMI, piloté par le groupe de travail Cardiologie aiguë (BIWAC)
- b. Registre ICP, piloté par le groupe de travail Cardiologie interventionnelle (BWGIC)
- c. Registre PM, piloté par le groupe de travail Électrophysiologie (BEHRA)
- d. Registre AICD, piloté par le groupe de travail Électrophysiologie (BEHRA)
- e. Registre Ablation, piloté par le groupe de travail Électrophysiologie (BEHRA)
- f. Registre Insuffisance cardiaque, piloté par le groupe de travail Insuffisance cardiaque
- g. Registre TAVI, piloté par le groupe de travail Cardiologie interventionnelle (BWGIC)

Vu le peu de moyens disponibles (tant financiers qu'en termes d'effectifs), il est opportun de sélectionner avec précision un nombre limité d'indicateurs de processus de soins (indicateurs de qualité). Ces indicateurs de qualité devront être sélectionnés en accord avec les groupes de travail.

Les indicateurs de qualité devront se rapporter aussi bien au processus de soins qu'à la santé du patient :

- a. Marqueur de qualité du processus de soins : p. ex. proportion ICP primaire en cas d'infarctus STEMI
- b. Marqueur de qualité du pronostic : p. ex. mortalité corrigée pour caractéristiques de base

Le Collège et le groupe de travail détermineront ensemble les indicateurs de qualité qui pourront être rendus publics et dans quelles conditions (par ex. avec une explication du contexte).

Pour évaluer la fiabilité de l'enregistrement, un **audit** devra être réalisé sur un échantillon représentatif (par ex. 2-5% des patients). Dans le cadre de cet audit, il conviendra de vérifier si les données complétées dans l'enregistrement et les données du document source (p. ex. lettre de sortie ou protocole ICP-PM) correspondent.

L'audit devra être organisé en collaboration étroite avec les groupes de travail scientifiques. Les rapports d'audit individuels (de chaque hôpital) devront être communiqués à l'hôpital concerné.

Le Collège soutiendra l'audit sur le plan financier et logistique. À cette fin, le Collège pourra faire appel à un CRA (clinical research associate) pour assurer le monitoring sur place.

Les groupes de travail scientifiques se chargeront de l'organisation du **peer review**. Sur base des données enregistrées, des descripteurs (« outliners ») pourront être identifiés, et des réunions de concertation devront être organisées si nécessaire avec les principaux descripteurs.

Un **rapport** sur les activités enregistrées devra être établi chaque année. Les données doivent être anonymisées en ce qui concerne le patient / l'opérateur / l'hôpital.

Ce rapport annuel devra contenir les points suivants :

Description globale de l'activité

p. ex. nombre de PM, nombre d'ICP, nombre de stents...

Résultats globaux des indicateurs de qualité

p. ex. mortalité, facteurs temps en cas de STEMI, indication PM

Résultats globaux de l'audit

Résultats globaux du peer review

Les rapports annuels devront être transmis au Collège et seront mis à disposition des cardiologues/cardiochirurgiens belges (de préférence via un site web).

6. PLAN DE TRAVAIL GLOBAL 2013-2016

Pour la période 2013 – 2016, nous prévoyons un accomplissement progressif et parallèle des différentes tâches centrales du Collège, comme la rédaction et le suivi du manuel et l'élaboration des indicateurs de qualité, ainsi que l'organisation d'audits et peer review (voir tableau). Une évaluation intermédiaire avec des corrections du plan si nécessaire est prévue en 2015.

	2013	2014	2015	2016
Quality book	template design	collection Hospitals book	Adjustment Template	collection
Quality Indicators	definition	collection	Adjustment +Collection	collection
Registration	adjustment +collection	collection /analysis	Adjustment +Collection/analysis	collection /analysis
Audit Peer review		Audit	Audit +Peer review	Audit +Peer review