

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 06/07/2023

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/579-2 (*)

Avis du CFEH « centre de traumatologie majeur »

Au nom du Président,
Margot Cloet

p.o., chef de service Management
Office de la DG Soins de Santé

Annick Poncé
Directeur général ad interim

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 06/07/2023 et ratifié par le Bureau à cette même date

1. Introduction à la demande d'avis « centre de traumatologie majeur »

Le ministre veut mettre en œuvre le concept de centre de traumatologie majeur (MTC). Sur la base du rapport KCE 281 « Vers un système intégré de traumatologie grave », le ministre fait une proposition pour structurer les soins aux patients traumatisés de manière intégrée et hiérarchiquement organisée, réseaux géographiques construits autour de centres de référence suprarégionaux.

Les textes que le Ministre a fourni pour avis ont été élaborés avec des représentants des associations professionnelles et scientifiques de, entre autres, la médecine d'urgence, chirurgie, orthopédie, anesthésie, soins intensifs et radiologie interventionnelle.

Les principales caractéristiques de la proposition sont les suivantes:

- Les normes organiques d'agrément pour le cadre médical et infirmier et les exigences d'infrastructure.
- Le nombre de MTC est limité à un maximum de 15 sur le Royaume.
- Les MTC sont des centres de référence suprarégionaux avec une répartition géographique reprenant un temps de trajet maximum de 45 minutes.
- Chaque MTC est le point de référence central d'un réseau traumatologique. Chaque hôpital doit être relié à un réseau traumatologique unique du MTC le plus proche.

Sept propositions d'AR ont été ajoutées à la demande :

1. Arrêté royal fixant les normes auxquelles un programme de soins « soins traumatiques majeurs » doit satisfaire pour être agréé et fixant d'autres conditions pour encadrer le traitement médical dans le programme de soins « soins des traumatismes majeurs ».
2. Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 février 1999 établissant la liste des programmes de soins visés à l'article 12 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins et désignant les articles de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins qui s'appliquent à eux.
3. Arrêté royal fixant les normes d'agrément pour le réseau «soins traumatiques majeurs ».
4. Arrêté royal fixant le nombre maximum de programmes de soins « soins traumatiques majeurs »
5. Arrêté royal déclarant certaines dispositions de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 applicables aux hôpitaux et autres établissements de soins du réseau « soins traumatiques majeurs ».
6. Arrêté royal du 23 novembre 2022 modifiant l'arrêté royal pour qualifier les mission de soins suprarégionaux et les missions de soins régionaux locaux des réseaux d'hôpitaux cliniques régionaux locaux et pour déterminer l'offre géographique des missions de soins régionales locales à partir de la réseaux régionaux d'hôpitaux cliniques.
7. Arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant des normes supplémentaires pour l'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et pour l'autre description des groupes d'hôpitaux et des normes particulières auxquelles ceux-ci doivent se conformer.

Le CFEH tient à rappeler qu'il existe aujourd'hui déjà un certain nombre d'hôpitaux qui organisent l'accueil et le traitement des grands traumatisés de manière qualitative. Certains sont accrédités par une organisation externe, d'autres non. Il serait bon de tenir compte de l'expertise de ces hôpitaux

pour l'attribution sans compromettre l'égalité des candidatures, qui sont éligibles selon les normes et les critères.

2. Avis du CFEH

Le groupe de travail du « centre de traumatologie majeur » du CFEH a examiné les propositions des arrêtés et a formulé un certain nombre de commentaires.

Dans la demande, le ministre indique que les propositions d'arrêtés ont été élaborées en collaboration avec diverses associations professionnelles et scientifiques. Les professionnels – et les associations scientifiques sont reconnaissants d'avoir été consultés pendant la préparation, mais notent que tous les avis n'ont pas été inclus dans les propositions finales.

Normes qu'un programme de soins « soins des traumatismes majeurs » doit respecter (AR nr. 1)

En tant que groupe cible pour le programme de soins « soins des traumatismes majeurs », les patients ayant un score de gravité (injury Severity Score) ISS **supérieur à 15** sont présentés.

L'ISS est un bon score pour la définition des traumatismes majeurs mais l'ISS n'est pas un instrument de mesure qui peut être utilisé avant l'arrivée à l'hôpital (orientation en pré hospitalière). L'ISS est un score rétrospectif qui ne peut être déterminé que plus tard, après la prise en charge du patient. Ce score à lui seul ne peut donc pas être utilisé pour déterminer si oui ou non un patient traumatisé doit être emmené à un centre de traumatologie majeur.

D'autres critères sont nécessaires pour déterminer si un patient doit être dirigé vers un centre de traumatologie majeur, par exemple les paramètres vitaux ou le score de traumatologie révisé. Le CFEH estime qu'il doit y avoir suffisamment de confiance dans l'expertise du médecin d'urgence (SMUR) pour déterminer la référence correcte à un centre de traumatologie majeur.

L'objectif ultime devrait être que le patient victime d'un traumatisme majeur se retrouve dans le bon centre et que les transferts et retransferts soient réduits au minimum. Des exceptions doivent être possibles, par exemple lorsqu'un patient victime d'un traumatisme majeur avec une indication cardiologique se retrouve dans un hôpital pratiquant la cardiologie, qu'il soit ou non agréé comme un centre de traitement des traumatismes majeurs.

Le CFEH considère que la **distance proposée entre 2 emplacements** d'un MTC de 25 km ou 8 km à vol d'oiseau pour une région de plus de 7000 habitants au km², est très arbitraire et non scientifiquement fondé. Dans un pays densément peuplé avec une infrastructure routière souvent encombrée, la distance ne peut pas être un critère. En outre, certaines régions du pays nécessitent une approche spécifique : par exemple, la province de Luxembourg ou la région métropolitaine d'Anvers avec une grande population, les infrastructures portuaires avec l'industrie lourde et la saturation du réseau routier.

Le ministre propose qu'un grand centre de traumatologie traite au moins **240 patients ayant subi un traumatisme majeur** en moyenne annuelle sur une période de trois ans afin de demeurer agréé pour le programme de traumatologie majeur. Le CFEH considère le nombre de 240 comme nettement trop élevé et non réaliste. Le nombre de 240 pourrait être un objectif à atteindre à long terme, compte-tenu de la constitution des réseaux de soins traumatologiques, mais le CTM devrait avoir la possibilité d'évoluer vers ce nombre. Pour atteindre ce chiffre, il faut également mettre en place une politique de transfert très stricte basée sur des critères corrects et applicables.

Le CFEH estime que dans le cadre d'un centre de traumatologie majeur, une **collaboration** est nécessaire à plusieurs niveaux et que l'agrément des centres de traumatologie de niveau II, comme le recommande également le rapport KCE 281, est un ajout utile aux centres de traumatologie de niveau I. Les centres de traumatologie de niveau II peuvent continuer à maintenir leur expertise et leurs connaissances et peuvent être utilisés en cas de pénurie de capacités. Il devrait s'agir idéalement des hôpitaux disposant de la fonction Soins Urgents Spécialisés (SUS). Le CFEH craint qu'en limitant le nombre de MTC, les hôpitaux qui ne sont pas agréés perdent leur expertise et leurs connaissances en traumatologie, de sorte qu'en cas d'urgence ou de manque d'accueil dans le MTC agréé, le patient traumatologique ne puisse pas être traité de manière suffisamment qualitative. Des exemples dans d'autres pays européens témoignent de cette perte d'expertise.

Les centres de traumatologie de niveau II ont certainement leur place dans le développement d'un réseau de traumatologie majeur. Le dernier élément d'un grand réseau de traumatologie sont les hôpitaux dotés de lits de réadaptation.

Afin d'estimer correctement un nombre réaliste de patients traumatisés par MTC par an, un **registre fédéral** doit être mis en place pour enregistrer les patients traumatisés. Ce registre peut également servir à comparer, surveiller et évaluer le MTC. Ce n'est qu'après l'analyse des chiffres ressortant d'un tel registre qu'il sera possible de déterminer le nombre de patients traumatisés majeurs à atteindre pour pouvoir conserver un agrément en tant que CTM. Le score ISS a ici tout son sens et peut être utilisé comme référence. L'activité consistant à remplir correctement le registre fédéral devra être cofinancée.

En ce qui a trait à l'**infrastructure requise**, le CFEH remet en question ce qu'on entend par le terme «disponibilité permanente». Sur base du bon sens, de l'efficacité et de l'utilisation judicieuse des ressources, le CFEH estime que la disponibilité permanente signifie que l'infrastructure doit être présente et qu'en cas de traumatisme majeur, l'infrastructure doit être disponible dès que possible. La disponibilité permanente des infrastructures signifie naturellement que les équipements sont disponibles en permanence dans le sens indiqué ci-dessus.

Plutôt que des exigences techniques telles que la présence d'un scanner en cas d'urgence, des normes telles que la rapidité d'exécution d'un scanner ou d'une angiographie interventionnelle sont plus importantes. L'AR fixant les normes fait référence aux normes de qualité dans l'article 13. Il est souhaitable de mieux préciser **les critères de qualité** auxquels un CTM doit répondre et d'indiquer comment ils seront contrôlés.

Le CFEH convient que les médecins spécialistes visés doivent suivre une **formation générale** en soins traumatologiques, y compris ATLS (Advanced Trauma Life Support) ou ETC (European Trauma Course). Le CFEH souhaite attirer l'attention sur la capacité actuellement limitée des centres de formation en Belgique qui dispensent la formation. Une mesure transitoire devra être prévue à cet effet. Les infirmiers ne peuvent pas suivre la formation ATLS et obtenir ainsi un certificat. Il convient d'adapter cette disposition à l'article 10,2°.

Liste des programmes de soins (AR nr. 2)

Dans l'arrêté royal établissant la liste des programmes de soins, un score ISS de plus de 15 est requis. Nos commentaires à ce sujet ont déjà été formulés.

Normes d'agrément des réseaux (AR nr. 3)

Cet AR indique que le patient traumatisé qui arrive aux urgences d'un hôpital non MTC doit être transféré sans délai au MTC au sein du réseau trauma dont l'hôpital fait partie. Le CFEH pense que le médecin d'urgence (SMUR) peut déterminer quels soins doivent d'abord être administrés avant de pouvoir référer un patient en toute sécurité.

Dans le contexte du transfert et du transport d'un patient, il est important d'organiser et de financer le transport inter-hospitalier (y compris dans sa dimension hélicoptérée), indispensable au bon fonctionnement des réseaux MTC.

Un transfert de haute qualité nécessitera également une bonne coordination et une procédure uniforme avec des instructions claires pour les services 112 et 1733.

A noter que les critères permettant la réquisition/mobilisation du 112 sont définis de manière limitative dans la réglementation et qu'il convient dès lors de modifier celle-ci afin de permettre cette réquisition/mobilisation du 112 dans le cadre de la présente réforme.

Nombre maximal de programmes de soins (AR nr. 4)

Le ministre fixe le nombre maximal de programmes de soins à 15 pour l'ensemble du pays. Ce chiffre est fondé sur l'hypothèse que 200 patients traumatisés par MTC par année devraient être traités et qu'il y aurait 3000 patients traumatisés par année. Le CFEH s'interroge sur la base avec laquelle le nombre de 3 000 patients traumatisés par an est déterminé. Sur la base d'un registre fédéral tel que mentionné ci-dessus, un nombre plus réaliste peut être présupposé.

La vision du CFEH a déjà été expliquée ci-dessus sur le nombre de patients traumatisés par MTC par an.

Le CFEH demande également comment le MTC sera attribué et quels critères seront utilisés. Le CFEH demande également de pouvoir donner son avis sur la proposition.

Autres AR (5, 6 et 7)

Les autres arrêtés sont plutôt de nature juridique et administrative et le CFEH n'y a pas d'autres commentaires.

Autres commentaires

La demande d'avis du ministre met l'**accent sur les premières heures** d'accueil d'un grand traumatisé. Mais celles-ci sont suivies d'une longue hospitalisation en soins intensifs, où la capacité peut rapidement devenir insuffisante lors d'une concentration de grands traumatisés.

Quelles garanties un CTM doit-il donner en matière de disponibilité et de capacité au moment où un ou plusieurs grands traumatisés se présentent et qu'il n'y a plus de capacité en soins intensifs, par exemple ?

En plus des commentaires sur les AR proposés, le CFEH veut également souligner la nécessité d'un **financement** correct du centre de traumatologie majeur. Le financement devrait non seulement permettre le respect de normes adéquates, mais aussi prévoir le financement des infrastructures ou

des adaptations nécessaires pour assurer un accueil et un traitement qualitatifs du patient traumatisé et de la formation des professionnels. Le financement implique donc l'engagement des différentes autorités de notre pays.

Les normes du programme principal de soins traumatologiques exigent **la permanence** de diverses disciplines médicales. Une allocation permanente devra être accordée aux disciplines médicales pour lesquelles il n'y a pas d'allocation permanente.

Le CFEH suggère également de prévoir des dispositions spécifiques concernant les enfants ayant subi un traumatisme. Certains centres spécialisés devraient être agréés pour prendre également en charge les enfants ayant subi un traumatisme qui nécessitent une expertise distincte. Une possibilité pourrait être de prévoir que ces centres de traumatologie concluent au moins des conventions de liaison fonctionnelle avec des chirurgiens pédiatriques appelables pour intervenir dans ces centres en cas de besoin.