

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTE PUBLIQUE ET
DE L'ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 24 juillet 1997

Administration des soins de santé

Direction des soins de santé

Direction de la politique
des Soins de Santé

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Section "Programmation et
Agrément"

Réf. : CNEH/D/125-2

AVIS CONCERNANT LE PROGRAMME

"HOPITAL GENERAL"

DANS LE CADRE DU NOUVEAU CONCEPT HOSPITALIER (*)

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau le 10 juillet 1997

1. Historique et problématique.

Faisant suite à une demande de Madame De Galan, Ministre des Affaires sociales, un avis a été demandé au Conseil National des Etablissements Hospitaliers concernant la réduction et la reconversion des lits hospitaliers.

Les propositions du Ministre tenaient compte des éléments repris dans la note "OLEFFE" présentée au Conseil des Ministres de juillet 1994.

Les réflexions émises à ce moment portaient sur une nouvelle définition de l'hôpital. Cette dernière tenait compte davantage du "service rendu" et de la "qualité de ce dernier" en essayant de faire abstraction des références traditionnelles aux services, au nombre de lits, aux taux d'occupation et aux durées de séjour.

La réflexion concernant l'hôpital de "base" ou de "proximité" s'inscrit dans le cadre de l'avis émis par le Bureau du Conseil National des Etablissements Hospitaliers en sa séance du 22 février 1996.

Les éléments traditionnels peuvent servir dans une phase intermédiaire d'éléments d'appréciation mais ne deviennent plus des éléments déterminants de l'approche.

Le défi de la problématique était de "sortir" d'un système purement quantitatif vers un système davantage qualitatif.

Dans cette optique l'approche par les différents «résumés» (R.C.M., R.I.M., R.F.M., et bientôt R.G.M. et R.S.M.) devenait un élément déterminant.

L'option prise visait à tenir compte de ces différents éléments, étant entendu que "la personne du patient" devenait dorénavant le "centre de la problématique" et non plus le nombre de lits ou d'autres paramètres. L'hôpital doit être considéré comme outil au service de la "patientèle".

Dans le cadre de l'élaboration du nouveau concept hospitalier, il a été jugé utile de préciser les "missions" ou "programmes" de base que tout hôpital général devrait être à même d'assurer.

2. Méthodologie

Le groupe de travail "hôpital de base" a dès lors décidé de constituer une cellule technique chargée de définir ces programmes, en collaboration avec la cellule "qualité du Ministère des Affaires sociales.

Trois étapes furent réalisées qui demandèrent un énorme travail de recherche, ce qui peut expliquer un certain retard mis à présenter le premier rapport intermédiaire.

2.1. Une première approche visait à faire apparaître les 30 principaux DRGs rencontrés dans les hôpitaux de Belgique sur base du R.C.M. 1991.

Il s'agissait en l'occurrence de baser la réflexion sur des données aussi objectives que possible, afin d'éviter que la démarche ne soit compromise par de pures questions d'intérêt.

Il convient de remercier les membres de la cellule "qualité" du Ministère des Affaires sociales du travail réalisé.

2.2. Dans une deuxième étape, sur base du R.C.M. 1992, la cellule technique regroupait les pathologies en fonction de la taille des hôpitaux. Quatre groupes d'hôpitaux furent créés : hôpitaux de moins de 170 lits, de 170 à 250 lits, de 250 à 500 lits et enfin au-delà de 500 lits. Toutefois, cette étape n'a pas permis d'aboutir à des conclusions pertinentes.

Des précautions furent prises quant aux interprétations, notamment en raison de l'existence de numéros CTI uniques pour les hôpitaux fusionnés.

2.3. La troisième étape a consisté à trier les principales pathologies traitées au minimum dans les hôpitaux généraux. La cellule, en accord avec la commission R.C.M., a examiné les fréquences selon lesquelles les groupes de diagnostics étaient traités dans les hôpitaux du Royaume au cours d'une année de référence(1992), sur base des admissions "grande porte" et des admissions en urgence.

C'est sur cette base que le groupe technique a sélectionné deux indicateurs :

* Indicateur 1: pourcentage d'hôpitaux ayant à traiter un DRG donné au moins 1 fois en 1992. Ex. :en 1992, 99 % des hôpitaux aigus ont eu à traiter le DRG 14 (affections cérébro-vasculaires spécifiques, excepté ischémie cérébrale) au moins une fois.

* Indicateur 2: pourcentage d'hôpitaux ayant à traiter un DRG donné au moins une fois en 1992 et pour lequel le patient est admis en urgence. Ex: en 1992, 95,9 % des hôpitaux aigus ont eu à traiter le DRG 14 au moins une fois en urgence.

Sur base de ces indicateurs, le groupe technique a pu déterminer:

* les médecins spécialistes qu'il estime devoir faire partie du staff médical pour une prise en charge ou une stabilisation de l'état de santé des patients admis en urgence; ces médecins constituent, à proprement parler, le «noyau opérationnel» de l'hôpital général;

* les médecins spécialistes qui assurent une garde appelable dans un délai réduit.

* les médecins spécialistes consultants appartenant à un réseau de soins dont fait partie l'hôpital général ou à un pôle de référence.

Il est à préciser que, dans certaines disciplines, le groupe technique estime qu'un interniste ayant des compétences polyvalentes en cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie...peut prendre en charge une urgence médicale. S'il décide de transférer le patient dans un des services spécialisés ou dans un autre établissement, après avoir délivré les soins et après avoir mieux précisé les orientations diagnostiques, il aura rempli la fonction d'urgence et répondu à la mission de l'hôpital général. Il en est de même du chirurgien général.

3. Résultats partiels

En reprenant les principaux MDCs, il apparaît que l'hôpital de base ou de proximité ou général (cfr. vocabulaire) doit présenter un profil tel que celui-ci:

MDC M: médical C: chirurg.	Discipline médicale ou libellé MDC	Spécialiste ∈ Staff médical de l'hôpital général	Spécialiste appelable à bref délai	Spécialiste consultant, ∈ Réseau de soins ou à un pôle de référence
	Neurologie	<i>Neurologue</i>		
01C	Neuro-chirurgie			Neurochirurgien
MDC 02M/C	Ophthalmologie	-	Ophthalmologue	-
MDC 03M/C	O.R.L.	-	Otorhinolaryngologue	-
MDC 04M	Pneumologie	Pneumologue/ Interniste	-	-
MDC 04C	Chirurgie CV et thoracique	-	en fct. besoins de soins de la population locale	Chirurgien cardiovasculaire et thoracique
MDC 05M	Cardiologie	Cardiologue/ Interniste		
MDC 06M	Gastroentérologie	Gastro-entérologue/ Interniste		
MDC 07M	Foie, pancréas	Chirurgien app. digestif <i>Chirurgien général</i>		
MDC 06C	idem	Chirurgien app. digestif <i>Chirurgien général</i>		
MDC 07C				
MDC 08M/C	Orthopédie et Traumatologie	Chirurgien orthopédique et traumatologique		
MDC 09M/C	Peau, Tissu sous- cutané. Sein	Se référer au travail du groupe CNEH Oncologie		
MDC 10M	Endocrinologie	Interniste/ Endocrino.		
MDC 10C	et Nutrition	Chirurgien général		
MDC 11M	Rein, voies urin.	Néphrologue/ Interniste		
MDC 12M	Org. génit. masc.		ou Urologue	
MDC 11C	Reins, voies urin.		Urologue	
MDC 12C	Org. génit. masc.			
MDC 13M/C	Org. génit. fem.		Gynécologue	
MDC 14M/C	Grossesse et acc.	Se référer aux normes MIC et NIC		
MDC 15M/C	Néonatalogie			
MDC 16M	Sang, org. hémato patho. immunit.	Interniste		
MDC 16C	idem	Chirurgien général		
MDC 17M	Mal. myéloprolif. néopl. peu différ.	Se référer au travail du groupe CNEH Oncologie		
MDC 17C				
MDC 18M	Mal. infectieuses et parasitaires	Interniste Chirurgien général		
MDC 18C				
MDC 19M	Troubl. mentaux	Psychiatre faisant partie du staff médical ou assurant une fonction de proximité		
MDC 20M	Alcool, drogues			
MDC 19C	Troubl. mentaux	Chirurgien général **		
MDC 21M	Empoisonnement	Interniste		
MDC 21C	Traumatisme	Chirurgien général		
MDC 22M/C	Brûlures	Se référer au travail du groupe CNEH Polytraumatisés		
MDC 25M/C	Polytraumatisme			
MDC 23M/C	Fact. influen. Sté	MDC "fourre-tout": à ventiler ultérieurement en codes ICD-9-CM		
MDC 24M	V.I.H.	Interniste		

** : Chirurgien général, car il s'agissait uniquement du DRG 424 c.-à-d. n'importe quelle "intervention chirurgicale avec diagnostic principal de maladie mentale"
Il va de soi que le « noyau opérationnel » doit également comporter des anesthésistes en nombre suffisant.

MDC 01 : Système nerveux
MDC 02 : Yeux
MDC 03 : Nez, Gorge et Oreilles
MDC 04 : Système respiratoire
MDC 05 : Système circulatoire
MDC 06 : Système digestif
MDC 07 : Système hépato-biliaire, pancréas
MDC 08 : Système musculo-squelettique et tissu conjonctif
MDC 09 : Peau, tissu sous-cutané, sein
MDC 10 : Maladie endocrine, nutrition, métabolisme
MDC 11 : Rein, voies urinaires
MDC 12 : Organes génitaux masculins
MDC 13 : Organes génitaux féminins
MDC 14 : Grossesse, accouchement, suites de couches
MDC 15 : Néonatalogie
MDC 16 : Sang, org. hématopoïétiques, pathologies immunitaires
MDC 17 : Maladies myéloprolifératives et néoplasmes peu différenciés
MDC 18 : Maladies infectieuses et parasitaires
MDC 19 : Troubles mentaux
MDC 20 : Alcoolisme et usage de drogues
MDC 21 : Trauma, empoisonnement, effets toxiques de médicaments
MDC 22 : Brûlures
MDC 23 : Facteurs influençant la santé
MDC 24 : Infections V.I.H.
MDC 25 : Traumatismes multiples

4. Interprétation

Sur base de cette analyse est apparue la présence d'un certain nombre de grandes disciplines médicales au sein de chaque hôpital, soit sous la forme d'une appartenance au staff médical, soit sous forme d'une garde appelable dans un délai réduit, soit sous forme d'accord de collaboration fonctionnelle ou d'association (cfr. document supra). On a déduit de cette constatation la nécessité de la présence d'un certain nombre d'entre elles.

Quatre remarques doivent être faites à cet égard

* le groupe de travail est d'avis que l'expression "hôpital de base" prête à confusion dans la mesure où elle pourrait laisser entendre que les hôpitaux en question peuvent être entièrement définis par la juxtaposition d'un certain nombre de "programmes de base". Or, s'il est vrai que leur activité comporte un certain nombre de ces programmes, elle ne peut toutefois s'y résumer. La notion de «programme» désigne, en effet, un ensemble suffisamment cohérent et homogène de diagnostics et de procédures, ce qui n'est pas le cas de toute l'activité dite "de base" qui comporte, au contraire, des éléments très hétérogènes. Le groupe estime par conséquent à l'unanimité que l'expression même "d'hôpital de base" ne rend pas suffisamment compte de cette diversité, et lui préfère l'appellation d'"hôpital général";

* l'hôpital général ne doit pas être conçu en opposition avec d'autres types de structures mais comme le "noyau" au départ duquel peuvent se développer des "modules" spécialisés, intensifs ou non. Certains modules peuvent exister indépendamment d'un hôpital général, mais la plupart en dépendent étroitement. En particulier, on doit souligner ici la situation particulière des hôpitaux dits de "proximité", qui sont des hôpitaux généraux disposant, en outre, de divers modules spécialisés destinés à répondre aux besoins d'une (sous-région) déterminée (modules "SMUR", "maternité", etc..);

* un trait essentiel de l'hôpital général est sa capacité à prendre en charge les urgences, en ce compris celles qui concernent des segments de population déterminés (pédiatrie, gériatrie et psychiatrie), sans préjudice de l'existence de services d'urgence plus spécifiquement liés à des conditions particulières d'agrément. Ces problématiques sont actuellement examinées par d'autres groupes de travail du Conseil National; une proposition fréquemment avancée à cet égard consiste à promouvoir les "fonctions de liaison", sous une forme toutefois plus structurée que ce qui existe déjà en psychiatrie;

* enfin, le groupe de travail insiste sur la nécessité impérative de prendre en compte la notion de "réseau", notamment dans la perspective, qui vient d'être évoquée, des "fonctions de liaison".

5. Eléments linguistiques : hôpital général

5.1. Dans l'évolution de la réflexion, trois termes sont apparus: "hôpital de base", "hôpital de proximité" et "hôpital général".

Dans le cadre d'une approche "plus personnelle" du service aux personnes, la notion d'hôpital de base fut d'abord considérée comme "hôpital proche des personnes", ces dernières devant être considérées dans l'entièreté de leur dimension, à savoir physique, sociale, mentale (cf. définition de l'O.M.S.)

Le groupe de travail a opté pour le terme "hôpital général".

Ce dernier doit être considéré comme ayant une mission globale au service du patient, c'est à dire :

* Il est censé répondre aux besoins d'accessibilité des soins d'une population résidant dans un environnement donné, l'accent étant mis sur la prise en charge globale du patient.

* Il devra donc essentiellement assurer :

une fonction d'urgence 24 H. sur 24 ;

des soins de qualité;

- la permanence des soins dans un réseau dispersé dans une zone territoriale donnée, réseau de compétences différentes et/ou complémentaires agissant pour un objectif commun, à savoir l'amélioration de la prise en charge d'une communauté de malades;

* Il peut y avoir échelonnement fonctionnel : un hôpital aigu peut avoir des programmes spécialisés, mais doit d'abord remplir la mission d'un hôpital général.

5.2. Programmes

Le groupe de travail n'a pas entendu limiter la définition de l'hôpital général à l'existence d'une série de "programmes de base", conçus comme la base de programmes spécialisés.

L'hôpital général est un hôpital ayant vocation de répondre aux besoins en soins de santé d'une population donnée.

Ceci n'empêche pas qu'un hôpital général puisse disposer de l'un ou l'autre programme spécialisé.

5.3. L'hôpital général doit s'insérer dans une logique de réseau.

Ce dernier peut se définir comme un ensemble de relations de coopération entre des unités de production autonomes. Ceci peut notamment être réalisé par des associations.

"La coopération repose sur des relations spécifiques entre des unités bien identifiées qui coordonnent les activités à l'aide de deux principaux mécanismes : des arrangements formels se concrétisant par des contrats et des conventions informelles qui conditionnent les comportements"....

Les réseaux sont rendus possibles par les nouvelles technologies de la communication.

"...le traitement de l'information devrait pouvoir éviter de plus en plus le déplacement des malades; cette nouvelle donne rejoint les grandes tendances de demain, celles de réseau, de câbles, du travail à domicile, des télé-expertises, des soins à domicile, bref, un retour du patient sur son site d'origine...".

5.4. Hiérarchie hospitalière : la notion de réseau supprime le principe de hiérarchie hospitalière qui présuppose une dépendance d'un hôpital par rapport à un autre. Il s'agit de partenariat. Dans le nouveau concept, l'hôpital général collabore avec des unités spécialisées.

6. Exigences liées à l'hôpital général

Sans vouloir opposer les différents hôpitaux qui tous ont un rôle spécifique, sans vouloir les hiérarchiser, l'on pourrait définir l'hôpital général comme celui dont la mission est de rencontrer directement les besoins des patients dans leur réalité spatio-temporelle et socio-économique.

Cette approche permet d'articuler cette structure avec les acteurs sanitaires de premier échelon.

Ces derniers peuvent être les médecins généralistes, les infirmiers ou infirmières de soins à domicile, les services sociaux, etc...

L'hôpital général constitue le noyau sur lequel peuvent se développer des unités spécialisées. En particulier, l'hôpital général de proximité dispose, outre ses services et fonctions de base, des services et fonctions nécessaires en raison des caractéristiques particulières de la population et de la zone géographique qu'il dessert.

Population accueillie.

L'hôpital général doit pouvoir accueillir toutes les catégories de patients sans distinction d'âge, de pathologie, de revenus, qu'ils viennent d'initiative ou sur avis médical.

L'accessibilité doit être maximale. Il n'y a donc pas lieu, à ce niveau, de définir des catégories enfants ou adultes; ces distinctions pourraient intervenir lorsqu'on entre dans des programmes plus spécialisés.

- Cadre pluridisciplinaire.

Compte tenu de l'aspect indistinct, il y a lieu d'accueillir les populations dans un cadre pluridisciplinaire. Cette exigence implique le respect d'un nombre de critères minima :

* disposer de fonctions techniques : telles que laboratoire de biologie clinique de base, un service d'imagerie médicale de base, bloc opératoire, soins intensifs, accueil d'urgence, officine hospitalière de base,...

* assurer une permanence médicale et infirmière, sous la responsabilité d'un médecin-chef et d'un(e) infirmier(e) chef du département infirmier...

* avoir une taille minimale garantissant la qualité que requiert l'hôpital général;

* avoir une activité minimale, la qualité de cette dernière étant définie dans le cadre d'un processus d'évaluation systématique basé sur des groupes homogènes de pathologie;

* disposer de normes d'évaluation de la qualité.

HOPITAL GENERAL

- Un hôpital aigu peut avoir des programmes spécialisés mais doit d'abord remplir la mission d'un hôpital général. •
(Rapport intérimaire • Hôpital de base • mars 97)

TABEAU 1: LES DIVERSES DISCIPLINES MEDICALES (A.R.25.11.91)

DISCIPLINES MEDICALES	HOPITAL GENERAL		RESEAU DE SOINS
	DISCIPLINES MEDICALES dans l'hôpital général	GARDE SPECIFIQUE appellable 24H/24	RESEAU DE PROXIMITE et POLE DE REFERENCE (Partenariat)
STAFF MEDICAL			
1. Médecine interne	oui	—	—
2. Cardiologie (GT)	oui	oui	oui
3. Néphrologie (GT)	oui	oui	oui
4. Pneumologie	oui	oui	à définir
5. Gastro-entérologie	oui	oui	à définir
6. Chirurgie	oui	oui	à définir
7. Chirurgie orthopédique	oui	oui	à définir
8. Neurologie	oui	oui	à définir
9. Anesthésie-réanimation	oui	oui	—
10. Radiodiagnostic	oui	oui	—
11. Biologie clinique	oui	oui (via réseau)	oui
12. Oncologie (GT)	oui	non	oui
13. 'Fonction d'urgence' non agréée 100 Brevet de Médecine Aiguë (GT)	oui	oui (24h/24 sur site)	oui
14. 'Fonction de surveillance particulière' Brevet de Médecine Aiguë (GT)	oui	oui (24h/24 sur site)	oui
FONCTIONS DE LIAISON²			
1. Pédiatrie de liaison	oui	non	oui
2. Gériatrie de liaison	oui	non	oui
3. 'Fonction psychiatrique' (GT) via la psychiatrie de liaison	oui	oui (via réseau)	oui
RESEAU DE SOINS			
1. Endocrinologie			oui
2. Rhumatologie			oui
3. Hématologie			oui
4. Urologie			oui
5. Neurochirurgie			oui
6. Gynécologie			oui
7. Néonatalogie			oui
8. Dermatologie-vénérologie			oui
9. Ophtalmologie			oui
10. Otorhinolaryngologie			oui
11. Médecine physique			oui
12. Anatomopathologie			oui

1. Activité de base en biologie clinique (article 2, AR 30.01.89) envisager sur site, un laboratoire antenne du laboratoire central (réseau de soins), apte à effectuer un minimum d'analyses de biochimie et d'hématologie, y compris les gaz sanguins artériels.
2. Fonctions de liaison (pédiatrie, gériatrie, psychiatrie, etc.): les spécialistes 'de liaison' sont attachés à l'hôpital de base ou ils assurent, en fonction des besoins, des prestations complémentaires à celles assurées par les services de l'hôpital. De plus, en ce qui concerne leur spécialité, ce sont les interlocuteurs privilégiés des partenaires du réseau de soins. Dans le cadre de la Pédiatrie par exemple, tout hôpital est susceptible d'accueillir des enfants dans un de ses services spécialisés. Quelque soit le service, les enfants doivent être examinés pendant leur séjour par un pédiatre, en vue de mesurer les risques et de déceler toute autre pathologie.

GROUPES DE TRAVAIL CARDIOLOGIE, GERIATRIE, PEDIATRIE

1. Le cardiologue doit être appellable en permanence et être présent endans les 15 minutes.
2. Le service G est obligatoire dans l'hôpital general. La période transitoire est de 10 ans, s'il existe une convention avec un programme gériatrique complet dans un hôpital proche.
3. Le service E n'existe pas dans tout hôpital général. La période transitoire est de 5 ans pendant laquelle l'admission des enfants dans un hôpital général, dans des conditions bien précises, n'est possible que dans le cadre d'une association avec un programme reconnu de pédiatrie.

TABLEAU 2: L'HOPITAL GENERAL ET SES RESSOURCES

I. PERSONNELS INFIRMIERS ET PARAMEDICAUX

1. Infirmiers diplômés, formés aux soins et à la prise en charge des patients de la discipline médicale;
2. Aides soignantes et/ou autres fonctions équivalentes;
3. Kinésithérapeutes (attachés ou non au service, en fonction de la discipline);
4. Diététiciens;
5. Assistants sociaux;
6. Autres (par ex. psychologue, ergothérapeute...) à compléter selon exigences des programmes de soins

II. SUPPORTS LOGISTIQUES DIVERS

1. Imagerie médicale:
 - Radiologie conventionnelle;
 - Ultrasonographie ou échotomographie;
 - Tomodensitométrie;
 - * Accès à la médecine nucléaire et à l'imagerie RMN (dans le cadre d'un partenariat).
2. Laboratoire de biologie clinique:
 - Sang, urines, liquides biologiques: analyses standards et ionogrammes;
 - Hémostase;
 - Gaz sanguins;
 - Principales épreuves immunohématologiques (groupes sanguins, compatibilité sanguine, etc.);
 - Banque de sang;
 - Microbiologie, Cyto-hématologie;
 - Screening toxicologie et alcool;
 - Autres: à définir, en fonction des besoins médicaux locaux.
3. Explorations fonctionnelles, en dehors de l'imagerie, principalement:
 - cardiaques:
 - ECG, monitoring de Holter, épreuve d'effort, cathétérisme cardiaque (dans le cadre d'un partenariat);
 - Exploration électrophysiologique cardiaque.
 - pulmonaires:
 - Bronchofibroscopie, épreuves fonctionnelles respiratoires.
 - digestives:
 - Endoscopie oeso-gastro-duodénale, explorations fonctionnelles digestives (sécrétion gastrique, absorption intestinale, etc.)
 - neurologiques:
 - EEG, Potentiels évoqués, EMG.
4. Hôpital de jour et consultation de diverses disciplines
5. Quartier opératoire polyvalent
6. Réadaptation:
 - Kinésithérapie, réadaptation fonctionnelle
7. Logistique médicale:
 - Pharmacie, Stérilisation centrale, Archives médicales;
8. Logistique hôtelière:
 - Restauration, Blanchisserie, Entretien
9. Centrale d'Information et de Communication;
10. Services techniques;
11. Services de transports intra- et inter-hospitaliers;
12. Autres: à compléter selon exigences des programmes de soins

III. CONTROLE DE QUALITE

1. Processus de soins: paramètres à définir en fonction des disciplines. Exemples:
 - enregistrement et tenue d'un registre
 - procédures de soins écrites
 - évaluation du dossier médical et infirmier
 - peer-review pour les médecins, etc.
2. Résultats obtenus: paramètres à définir en fonction des disciplines. Exemples:
 - suivi de la mortalité hospitalière
 - complications
 - durée moyenne de séjour, etc.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTE PUBLIQUE ET
DE L'ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 10/07/97

Administration des soins de santé

Direction de la Politique
des Soins de Santé

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Section "Programmation et
Agrément"

ANNEXE A L'AVIS CONCERNANT LE PROGRAMME "HOPITAL GENERAL" DANS
LE CADRE DU NOUVEAU CONCEPT HOSPITALIER

Avis Programme de base de cardiologie

LA PATHOLOGIE CARDIAQUE DANS LE NOUVEAU CONCEPT HOSPITALIER

Les programmes "pathologie cardiaque" englobent l'ensemble de l'activité hospitalière relative aux patients présentant des problèmes cardiaques.

La présente proposition distingue deux programmes dans le cadre desquels plusieurs modules sont décrits. Le concept de "module d'affinement" concerne, soit une population spécifique de patients, soit une activité spécifique susceptible d'être développée dans le cadre d'un programme. Le concept "axe patients" implique, soit une stratification de la population de patients au sein d'un programme, soit un module de programme en fonction de la spécificité et/ou de la gravité de la pathologie et de la lourdeur des soins.

Il convient de faire remarquer préalablement que, même s'il n'envisage pas de demander l'agrément pour un programme de pathologie cardiaque, chaque hôpital doit être en mesure d'identifier des problèmes cardiaques, d'évaluer la gravité et le caractère urgent de ceux-ci et de transférer, dans les délais requis et en toute sécurité, les patients cardiaques dans un hôpital qui offre le programme adéquat.

A. PROGRAMME DE PATHOLOGIE CARDIAQUE, TYPE A

1. Population cible et mission

Le programme de type A est axé sur le diagnostic, le traitement, les soins et la réadaptation fonctionnelle des patients présentant, soit probablement soit avec certitude, des problèmes cardiaques, pour autant que le diagnostic puisse être posé chez ces patients sans exploration diagnostique invasive trop poussée et que le traitement ne revête pas un caractère particulièrement invasif.

Dans l'état actuel des connaissances médico-scientifiques, cela signifie que les techniques suivantes doivent pouvoir être appliquées, de manière experte, dans des circonstances sûres et garantes de qualité: la défibrillation, l'intubation et la ventilation, la réalisation dans le délai fixé et suivi d'une thrombolyse coronaire, placement d'un stimulateur cardiaque provisoire, prise temporaire ou prolongée de la pression cardiaque droite, prise de la tension intra-artérielle, échocardiographie et monitoring de Holter.

Ce programme est complété par d'autres modules, dont un module "Stimulateur cardiaque".

2. Caractéristiques du programme

a) Equipe médicale:

- au minimum 2 cardiologues/internistes à temps plein liés exclusivement à l'hôpital,
- un d'entre eux doit être appellable en permanence, de

sorte qu'il puisse atteindre la clinique en 15 minutes,
présence permanente à l'hôpital d'un médecin hospitalier disposant de l'expertise nécessaire pour identifier, prendre en charge et stabiliser les urgences cardiaques

b) Logistique spécifique:

- équipement diagnostique: ECG, échocardiographie, cyclergomètre, méthode de Holter, télémétrie,
- défibrillateur
- appareillage de télémétrie
- infrastructure (équipement, personnel, organisation) pour la thrombolyse, la mesure de la pression cardiaque droite ainsi que pour la respiration

c) Eléments environnementaux:

imagerie: un service d'imagerie disposant des possibilités d'exams classiques doit être appelable 24h/24.

soins intensifs:

- l'hôpital doit disposer d'une infrastructure (équipement, personnel, organisation) pour la dispensation de soins plus intensifs, entre autres l'appareillage nécessaire à un monitoring permanent du rythme cardiaque et de la tension intra-artérielle, à la défibrillation et à la respiration.

- présence permanente à l'hôpital d'un médecin hospitalier disposant de l'expérience et de l'expertise nécessaires pour assumer la responsabilité médicale de ces soins intensifs.

- des infirmières qualifiées en nombre suffisant doivent être présentes 24H/24.

- la capacité des équipements pour soins intensifs doit être adaptée en fonction de la nature et de l'ampleur des problèmes des patients.

Le laboratoire clinique doit être disponible 24H/24 et pouvoir communiquer les résultats des examens nécessaires au médecin traitant dans le délai prescrit.

les urgences: l'hôpital doit disposer d'une section fonctionnant correctement et composé du personnel qualifié requis pour la prise en charge des urgences.

d) Eléments relatifs à la capacité:

Si nécessaire, le patient doit pouvoir être admis ou transféré dans un équipement ambulatoire

e) Sur le plan fonctionnel et organisationnel:

obligation de collaborer à un ou plusieurs autres programmes de pathologie cardiaque de type b, sans que cela doive prendre la forme d'une collaboration

jurifiquement formalisée. Toutefois, cette collaboration doit être fixée par écrit et sa mise en oeuvre doit faire l'objet de rapports.

L'accord écrit porte tout au moins sur les points suivants:

- 1) l'organisation d'une procédure de surveillance et d'un suivi qualitatif communs
- 2) les modalités de transfert de patients en tenant compte de l'urgence et de la sécurité du transport du patient individuel.

3. Suivi de la qualité

Un programme de pathologie cardiaque de type A suppose la tenue d'un registre. Dans un premier temps, les éléments obligatoirement enregistrés pour le R.C.M. s'avèrent suffisants.

Un programme de pathologie cardiaque de type A suppose:

- 1) l'organisation d'un audit interne
- 2) une procédure commune de suivi en collaboration avec les programmes de type B et
- 3) la collaboration à un programme national de peer review relatif à l'ensemble des programmes agréés pour la pathologie cardiaque.