



Données phares dans les soins de santé

Hôpitaux généraux



Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement

.be

Colophon

Sujet :

Sur la base de quelques chiffres clés, ce rapport donne un bref aperçu du fonctionnement des hôpitaux généraux. Dans quatre chapitres intitulés "Organisation", "Activité", "Financement" et "Qualité et innovation", certaines tendances concernant le fonctionnement de ce secteur des soins de santé sont mises en évidence.

Comité de rédaction :

Les membres de la Direction générale Soins de Santé

Editeur responsable :

Dirk Ramaekers, Avenue Galilée, 5/2 – 1210 Bruxelles

Coordonnées de contact :



Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Direction générale Soins de Santé
Avenue Galilée, 5/2 – 1210 Bruxelles
T. +32 (0)2 524 97 97 (Service Center Santé)

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 et www.belgiqueenbonnesante.be.

Dépôt légal: D/2023/2196/33

SOMMAIRE

Avant-propos

4

Organisation

6

[Réseaux hospitaliers](#)

6

[Types d'hôpitaux](#)

8

[Activités hospitalières](#)

9

[Évolution de l'emploi dans les hôpitaux généraux](#)

12

Activité

14

[Évolution et caractéristiques d'un séjour à l'hôpital](#)

14

[Admissions via le service des urgences](#)

18

[Diagnostics les plus fréquents](#)

19

[Soins infirmiers](#)

20

Financement

23

[Sources de financement](#)

23

[Le budget des moyens financiers](#)

24

Qualité et innovation

28

[Résistance aux antimicrobiens \(AMR\)](#)

28

[Pay for performance](#)

33

[Programme Healthcare Quality & Outcomes](#)

34

[Imagerie médicale](#)

35

[Dossier patient informatisé](#)

37

AVANT-PROPOS

Chers lecteurs, chères lectrices,

Avec la présente publication, nous avons le plaisir de vous offrir une large gamme de chiffres clés et de tendances marquantes dans le secteur des soins de santé. Au vu du succès de la première publication en 2019, la Direction générale Soins de Santé du SPF Santé publique a décidé de rendre ces rapports permanents. Le but est d'offrir au lecteur un aperçu des données les plus récentes sur l'utilisation de divers secteurs des soins de santé. De même, nous souhaitons mettre en avant les initiatives auxquelles participent les hôpitaux pour garantir aux patients un environnement sûr et des soins de haute qualité.

Que vous soyez un prestataire de soins, un décideur politique, un chercheur ou un citoyen intéressé par les évolutions dans ce domaine, la présente publication est là pour vous informer et vous inspirer.

Ce rapport couvre un large éventail de sujets, allant de l'organisation au financement des hôpitaux généraux, en passant par les activités diagnostiques et de soins. Outre les données chiffrées, nous exposerons brièvement diverses initiatives politiques telles que l'organisation des réseaux hospitaliers et les actions visant à promouvoir la qualité. Nous nous efforcerons de présenter les informations de façon accessible et didactique, en alliant illustrations, graphiques et courtes descriptions. Des hyperliens permettront aux lecteurs intéressés de se référer aux données sources ou à des rapports plus approfondis.

Même si la pandémie de COVID-19 nous a ébranlés et a eu un impact sans précédent sur les services de soins de santé et les prestataires de soins, nous nous sommes attelés, dans le cadre de ces Données phares, à analyser un certain nombre de nouveaux chiffres clés pour bien décrire les dernières évolutions et tendances dans ce domaine. La pandémie a bouleversé l'organisation des soins réguliers. C'est pourquoi vous constaterez, à la lecture de ce rapport que des données illustrant la situation antérieure à la pandémie sont parfois rapportées, à dessein.

Nous espérons que la présente publication vous aidera à mieux saisir le monde complexe des soins hospitaliers et illustrera l'engagement de chaque service de la DG Soins de santé à œuvrer, avec les acteurs de terrain, à promouvoir la santé et à garantir des soins de qualité et accessibles pour tous.

Laissez-vous guider au fil des pages, nous vous souhaitons une lecture passionnante dans les arcanes de l'hôpital !

Sabine Stordeur,

Directrice générale, DG Soins de santé

01

ORGANISATION

24

Réseaux hospitaliers
locorégionaux ont vu le
jour depuis 2019.

→ p. 6



Ces dernières décennies, nous
constatons un glissement des lits
généraux vers les lits consacrés aux
soins spécialisés, à la gériatrie et à la
psychiatrie.

→ p. 10



103

En 2023, la Belgique compte
103 hôpitaux généraux dont
7 hôpitaux universitaires
et 17 hôpitaux à caractère
universitaire.

→ p. 8

ORGANISATION

Réseaux hospitaliers

Afin de pouvoir continuer à proposer une offre de soins complète et de qualité en Belgique, les pouvoirs publics ont pris des mesures visant à renforcer la collaboration entre les hôpitaux. C'est le cas de la création des réseaux hospitaliers locorégionaux qui, depuis 2019 encouragent les hôpitaux à optimiser le déploiement de leurs moyens, à partager les investissements et à promouvoir la répartition des tâches sur la base de l'expertise.



3 + 1 réseaux

3 réseaux agréés par la COCOF et/ou la CGG et/ou la Communauté française et/ou la Région wallonne et 1 réseau agréé par la Communauté flamande.

13 réseaux

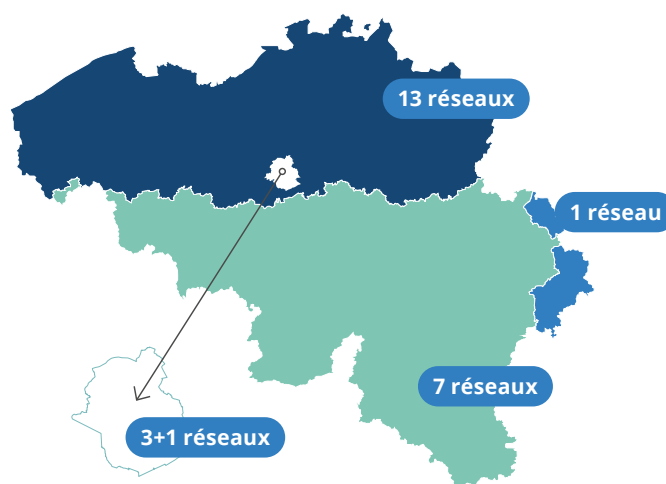
agréés par la Communauté flamande.

7 réseaux

agréés par la Région Wallonne.

1 réseau

agréé par la Communauté germanophone et par la Région wallonne.



Que sont les réseaux locorégionaux ?

Un réseau hospitalier locorégional est le fruit d'une collaboration dans le domaine des soins (de base) entre au moins deux hôpitaux situés dans une zone géographique d'un seul tenant. Depuis le 1er janvier 2020, chaque hôpital doit faire partie d'un seul et unique réseau hospitalier locorégional. Treize réseaux au maximum peuvent être constitués en Flandre, huit en Wallonie et quatre à Bruxelles. La manière dont les hôpitaux organisent la politique de l'offre de soins locorégionale au sein de leur réseau est déterminée par le réseau hospitalier lui-même.



En savoir plus ?

https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-28-fevrier-2019_n2019040712

Travailler ensemble à la réalisation de missions de soins

La base de la réforme vers des réseaux hospitaliers locorégionaux est double :

« Soins de proximité là où c'est possible, soins spécialisés là où c'est nécessaire ».

Autrement dit, la volonté des pouvoirs publics est, d'une part, de s'assurer que les soins sont dans la mesure du possible dispensés le plus près du domicile du patient et, d'autre part, de plutôt concentrer les soins hyperspécialisés dans une perspective de qualité. Ceci afin de permettre un déploiement plus efficace des moyens.

Il a été procédé à une répartition des soins, subdivisés entre missions de soins locorégionales et missions de soins suprarégionales.

1. Missions de soins locorégionales

Ce sont les missions de soins qui peuvent être proposées dans chaque hôpital locorégional, comme un service d'urgence, un service de gériatrie ou de pédiatrie, etc. Ces services permettent de garantir les soins de base dans le cadre d'interventions chirurgicales et d'affections médicales classiques. Les soins locorégionaux comprennent aussi des traitements pour lesquels les patients doivent se rendre régulièrement à l'hôpital pendant une certaine période. Il s'agit notamment de la dialyse rénale, du programme de soins d'oncologie et des soins associés à un accident vasculaire cérébral. Ces soins sont censés être dispensés dans chaque réseau hospitalier mais pas dans chaque hôpital.

2. Missions de soins suprarégionales

Il s'agit de missions de soins pour un petit groupe de patients qui requièrent une grande expertise et/ou un investissement important. Ces soins ne peuvent être proposés dans chaque réseau, mais doivent être concentrés dans des centres de référence suprarégionaux. Il s'agit entre autres des soins spécialisés de l'accident vasculaire cérébral, des centres de grands brûlés, etc.

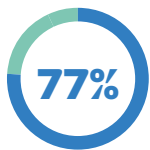
L'objectif est de créer un cadre adapté qui favorise la collaboration au sein du secteur. Dans une phase ultérieure, les hôpitaux du réseau pourront choisir de rassembler plusieurs services ou ensembles de soins sous la forme de services partagés (shared services). Il sera ainsi possible d'optimiser le déploiement des moyens en procédant, par exemple, à des achats groupés ou en exploitant ensemble l'appareillage lourd.

Les réseaux hospitaliers locorégionaux deviendront plus attractifs pour les prestataires de soins et les patients grâce à une amélioration de la qualité et grâce à la spécialisation. La coopération entre centres de référence de soins suprarégionaux permettra aux patients, après avoir reçu un traitement, d'être suivis ensuite au sein d'un hôpital locorégional proche de leur domicile.



Types d'hôpitaux

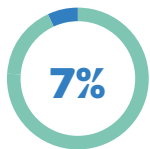
On distingue trois sortes d'hôpitaux généraux¹ :



Les hôpitaux généraux « classiques »

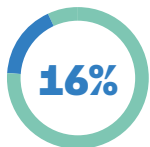
Ces hôpitaux accueillent les patients aussi bien de jour que de nuit pour des soins médicaux spécialisés. Pour répondre à la notion d'hôpital de base, un hôpital doit disposer d'un minimum de 150 lits agréés avec des services de chirurgie et de médecine interne, complétés par au moins une autre discipline telle que la gériatrie, la maternité, la pédiatrie, la neuropsychiatrie ou encore la révalidation. En outre, ils doivent disposer de la fonction d'anesthésiologie, de radiologie, de révalidation, de soins palliatifs, ainsi que d'activités de base de biologie clinique et de pharmacie hospitalière. Un médecin doit être présent en permanence.

Une exception est faite pour les hôpitaux atypiques tels que les hôpitaux axés uniquement sur les soins aux personnes âgées (hôpitaux disposant d'un service G isolé) ou les hôpitaux centrés uniquement sur la révalidation. Depuis la sixième réforme de l'État, ces derniers ne relèvent plus de la compétence fédérale, à l'exception de l'hôpital Foyer Horizon qui ne dispose que de lits palliatifs spécialisés. Cela reste de la compétence fédérale..



Les hôpitaux généraux universitaires

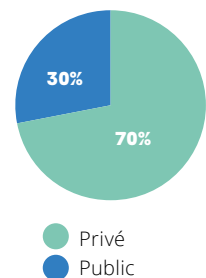
Les hôpitaux généraux universitaires offrent au moins les mêmes services que les hôpitaux généraux classiques, mais en plus, ils prennent en charge les patients qui nécessitent un traitement très spécialisé. Un hôpital universitaire se voit également attribuer des missions en matière de formation des prestataires de soins, de recherche scientifique et de développement de nouvelles technologies. Ils sont liés à une université disposant d'une faculté de médecine.



Les hôpitaux généraux à caractère universitaire

Il s'agit d'hôpitaux généraux disposant d'un certain nombre de lits universitaires.

Au 01/01/2023, sur les 103 hôpitaux belges, 30 % sont « publics », c'est-à-dire gérés par une autorité publique (commune, intercommunale, province, région, etc.), et 70 % sont privés et organisés en ASBL. Historiquement, cette dernière catégorie était l'émanation de congrégations religieuses, de mutualités, d'universités libres ou d'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 à la fois du secteur public et du privé. La loi sur les hôpitaux ne fait aucune distinction entre ces deux secteurs. En conséquence, le financement par les pouvoirs publics est identique.



¹ Ce rapport se concentre sur les hôpitaux généraux relevant de la compétence fédérale. Il ne prend pas en considération les hôpitaux psychiatriques (qui dispensent des soins exclusivement aux personnes souffrant de troubles psychiques).

Activités hospitalières

Les activités des hôpitaux sont organisées 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, et les services médicaux ou médico-techniques, où certaines prestations spécifiques nécessitant une expertise particulière ou un appareillage spécial sont dispensées. Parmi les services médicaux, on peut notamment citer les centres de transplantation ou centres de grands brûlés ; parmi les services médico-techniques, les services d'imagerie médicale (CT-scan, IRM, PET-scan, etc.), les centres de génétique humaine, les services de radiothérapie et les centres de dialyse rénale.

Les fonctions sont des activités hospitalières disponibles pour l'ensemble des services de l'hôpital. Plusieurs fonctions sont soumises à des normes et contrôles spécifiques de la part de la communauté ou de la région compétente. Les fonctions comprennent notamment la pharmacie hospitalière, les soins palliatifs, les soins intensifs, la prise en charge des urgences, la banque de sang hospitalière, la médiation, la prise en charge de la douleur, le laboratoire de biologie clinique.

Les programmes de soins offrent un cadre organisationnel permettant d'implémenter des « trajets de soins » pour un groupe-cible spécifique. Ils résultent d'un agencement entre services d'hospitalisation, 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 » ;
- le programme de soins « médecine de la reproduction » ;
- le programme de soins pour patients oncologiques ;
- le programme de soins pour enfants ;
- le programme de soins pour patients gériatriques ;
- le programme de soins pour « les soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) ».



Pour en savoir plus sur la localisation et les services proposés par les différents hôpitaux :

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/partage-de-donnees-de-sante/institutions-de-soins>

Types de services hospitaliers

Chaque service au sein d'un hôpital doit être agréé et répondre à des normes spécifiques qui concernent notamment la capacité minimale en lits, le niveau requis d'activité, l'équipement technique ainsi que l'encadrement en personnel médical, paramédical et soignant.

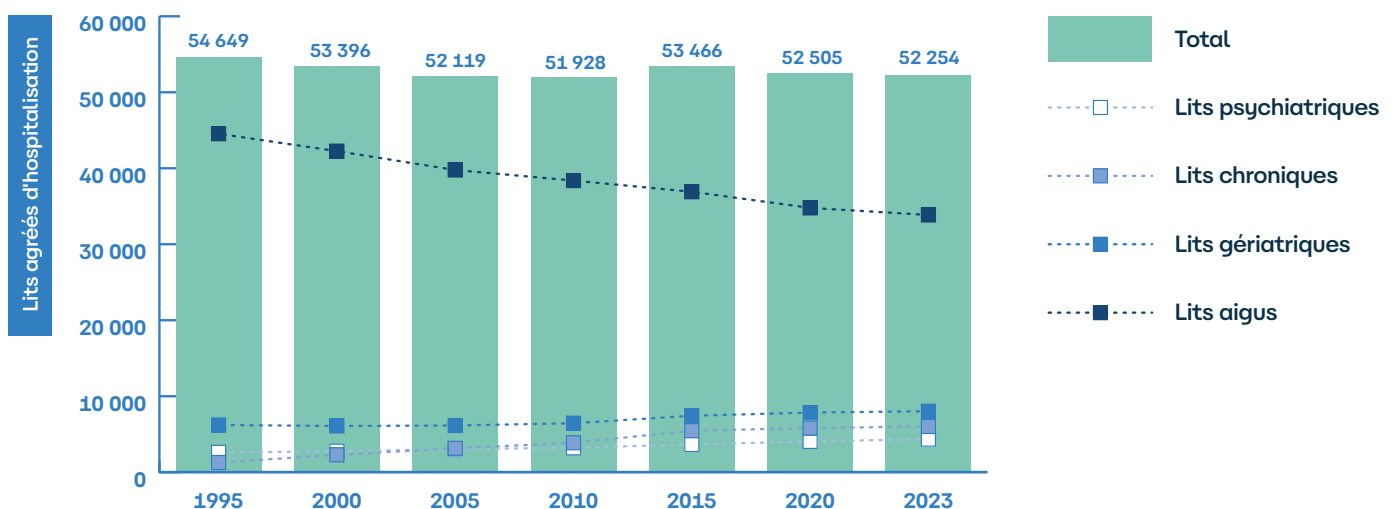
Pour chaque service, un index ou indice identifiant le sous-groupe de patients est attribué. Afin d'offrir une meilleure vue d'ensemble, nous regroupons les différents types de services en fonction de la nature des affections qui y sont généralement traitées.

- **Les lits aigus** : destinés à des séjours d'une durée relativement courte, par exemple les lits pour la chirurgie (index C), la médecine interne (index D), la pédiatrie (index E), les soins aux prématurés (index NIC), la maternité (index M).
- **Les lits gériatriques** : destinés à la prise en charge des patients gériatriques (index G).
- **Les lits chroniques** : destinés à des hospitalisations de plus longue durée ou pour des patients nécessitant un traitement chronique : par exemple, les lits de révalidation (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) et les lits de soins palliatifs (index S4).
- **Les lits et places psychiatriques** : destinés à la prise en charge de patients souffrant de troubles psychiques, parfois ouverts uniquement de jour ou de nuit : par exemple, lits ou places pour l'observation et le traitement neuropsychiatriques pour adultes (index A, a1, a2, T et t1) ou pour enfants (index K, k1 et k2).

Évolution du nombre de lits hospitaliers agréés

Le vieillissement de la population et l'innovation dans les soins de santé se reflètent dans l'évolution du nombre de lits agréés au sein des hôpitaux. Depuis 1995, une diminution du nombre de lits « aigus » agréés (- 24 %) est observée. Cette baisse s'explique par le fait qu'au fil des ans, les patients doivent séjourner moins longtemps à l'hôpital pour certaines maladies et interventions. Un mouvement inverse est observé pour les lits gériatriques (+ 29 %), spécialisés (+ 370 %) et psychiatriques (+ 67 %)². Nous constatons une augmentation du nombre de lits depuis 1995, due en partie au vieillissement de la population. Nous observons au total une diminution de 2 395 lits (- 4 %) dans les hôpitaux belges. Entre 2010 et 2015, une augmentation du nombre de lits agréés est observée, résultant de fusions entre hôpitaux généraux et spécialisés³.

Evolution du nombre de lits agréés d'hospitalisation

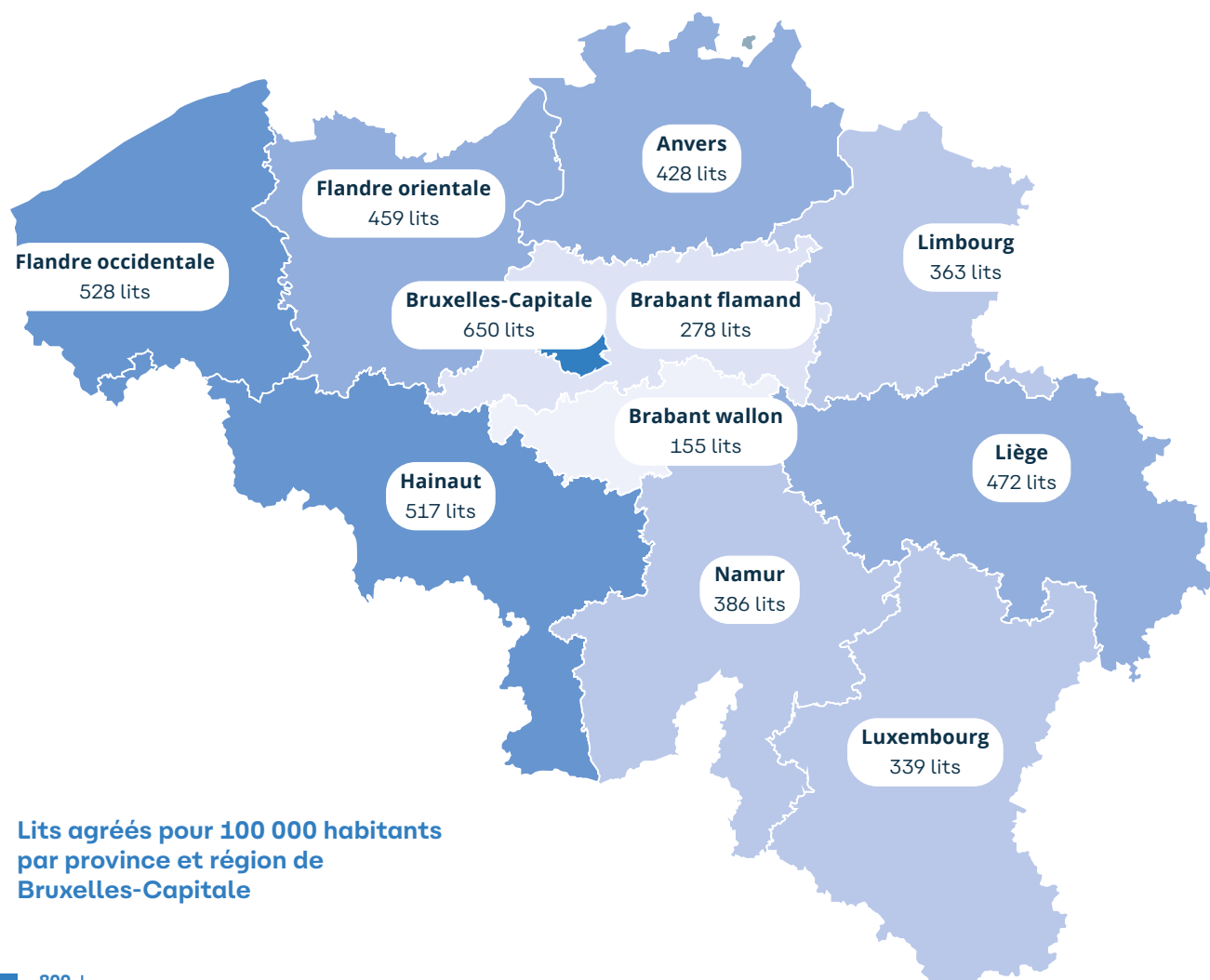


² Les lits gelés sont comptabilisés car l'agrément est maintenu.

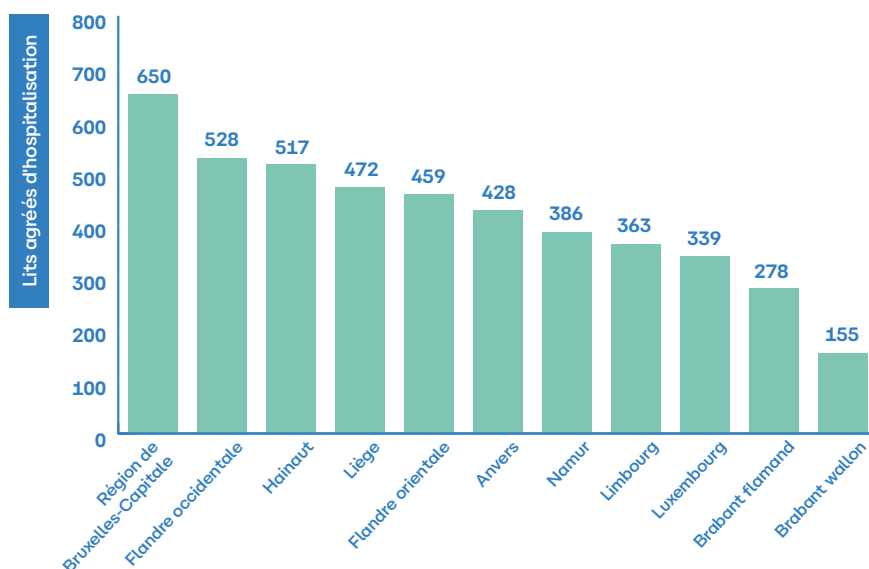
³ Source : CIC au 01/01/2023

Répartition géographique du nombre de lits hospitaliers agréés pour 100 000 habitants

La Région de Bruxelles-Capitale compte le plus grand nombre de lits pour 100 000 habitants. La Flandre occidentale et le Hainaut occupent respectivement les deuxième et troisième places. Le Brabant wallon et le Brabant flamand sont les provinces qui offrent proportionnellement le moins de lits.



Lits agréés pour 100 000 habitants par province et région de Bruxelles-Capitale



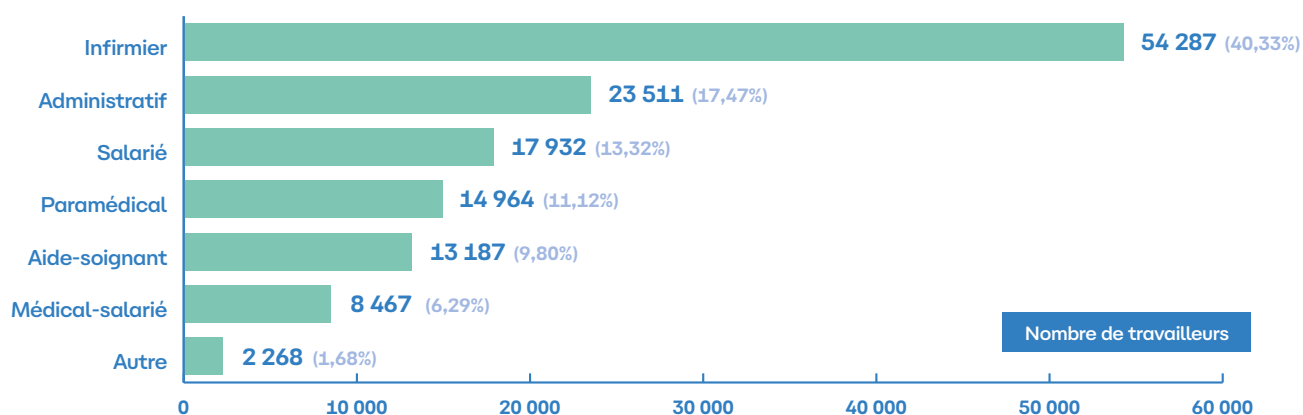
Évolution de l'emploi dans les hôpitaux généraux

En 2020, les infirmiers représentent le plus grand groupe (40 %) du personnel salarié au sein des hôpitaux, avec 54 287 équivalents temps plein (ETP). Cependant, les chiffres⁴ rapportés dans le graphique ci-dessous sous-estiment largement l'activité du personnel médical actif au sein des hôpitaux généraux. En effet, bon nombre de médecins y travaillent sous statut d'indépendant et ne sont donc pas considérés comme personnel médical salarié.



4 Source : Finhosta

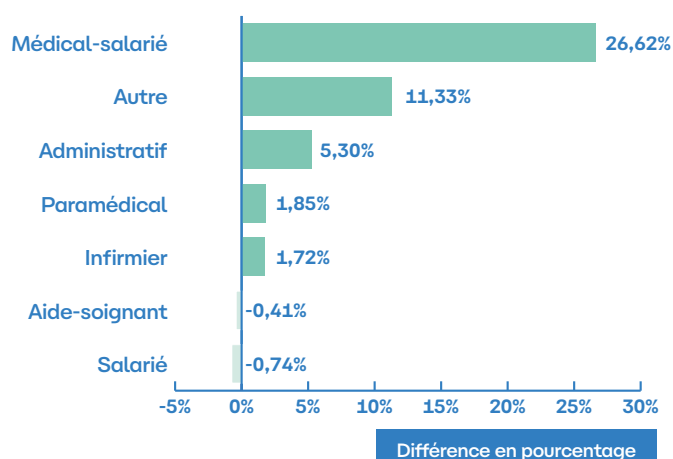
Nombre et pourcentage de travailleurs (en ETP) par catégorie de personnel



Le volume d'ETP a augmenté de 4 198 unités (+ 3,22 %) au cours de ces cinq dernières années. La plus forte augmentation est observée parmi le personnel médical salarié (+ 26,62 %). Cette hausse est principalement due à l'augmentation du nombre de médecins spécialistes en formation (MSF).

ETP =équivalents temps plein

Evolution du nombre d'ETP par catégorie de personnel entre 2016 et 2020



02

ACTIVITÉ



Augmentation de 8,7 % des contacts en 10 ans, avec une brusque diminution en raison de la pandémie de COVID-19.

→ p. 14

En 2021, pas moins de 6 millions de contacts dans les hôpitaux généraux.

→ p. 14



Les Flamands ont moins de contacts avec l'hôpital que les Wallons et les Bruxellois, et comptent plus d'hospitalisations de jour. Les Bruxellois ont plus souvent des contacts ambulatoires avec le service d'urgence.

→ p. 18



Depuis 2014, les hospitalisations de jour sont plus nombreuses que les hospitalisations classiques.

→ p. 14



Un quart des hospitalisations de jour concernent la chimiothérapie et l'immunothérapie.

→ p. 19

Comment puis-je
t'aider?



ACTIVITÉ⁵

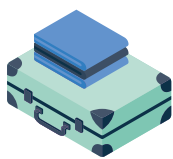
Évolution et caractéristiques d'un séjour à l'hôpital

Il existe plusieurs types de séjours à l'hôpital ou de contacts avec l'hôpital. Dans le cadre d'une hospitalisation de jour, le patient se rend à l'hôpital sans y passer la nuit. En hospitalisation classique, il y séjourne au moins une nuit et le prix d'une journée d'hospitalisation est facturé. Un séjour via les urgences peut être un contact sans hospitalisation (ci-après « contacts ambulatoires avec le service des urgences ») ou un contact suivi d'une hospitalisation (de jour ou classique).

5 Source : les données chiffrées du Résumé hospitalier minimum (RHM). Les types de séjours suivants n'ont pas été retenus : séjours inachevés (sauf la première période d'un séjour de longue durée), séjours entièrement psychiatriques, séjours de nouveau-nés non facturés, séjours où le sexe du patient est inconnu, séjours dans le cadre d'une hospitalisation de jour où un mini-forfait a été facturé ou aucun forfait n'a été facturé.

Évolution du nombre de séjours et de contacts

En 2012, le nombre total de séjours enregistrés à l'hôpital (incluant les hospitalisations classiques ou de jour ainsi que les contacts ambulatoires avec le service des urgences) était de 5 693 465. En 2019, ce nombre est passé à 6 522 643. Nous observons ensuite une diminution atypique due aux mesures prises dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Cette diminution est toujours visible en 2021 avec 6 190 205 séjours. Seul le nombre d'hospitalisations de jour est plus élevé qu'avant la pandémie.



**Hospitalisation
classique**
1 662 115



**Hospitalisation
de jour**
2 193 158

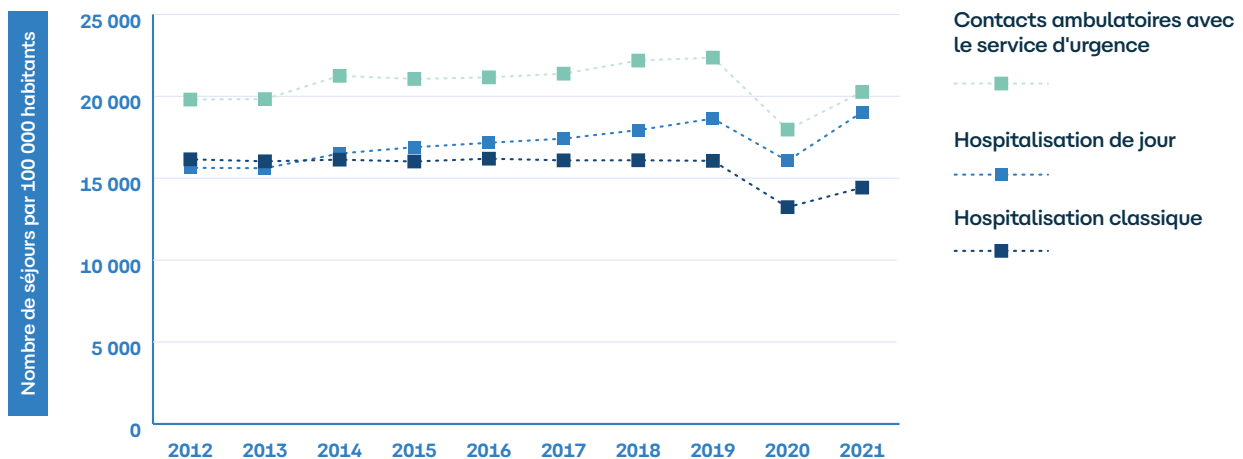


**Contacts ambulatoires
avec le service d'urgence**
2 334 932

Pour pouvoir comparer correctement cette évolution au fil du temps, nous analysons le nombre de séjours et de contacts pour 100 000 habitants. De 2012 à 2019, ce nombre a augmenté de 10,6 %. Cette hausse est principalement due à un nombre plus élevé d'hospitalisations de jour (+ 19,2 %) et de contacts ambulatoires avec le service des urgences (+ 12,9 %).

En outre, nous observons à partir de 2014 que les hospitalisations de jour deviennent plus nombreuses que les hospitalisations classiques. Cette évolution s'inscrit dans le cadre des réformes hospitalières. En effet, l'objectif est de diminuer le nombre de nuitées inutiles dans les hôpitaux, pour autant que la sécurité soit garantie sur le plan médical et que la situation soit socialement acceptable pour le patient. Grâce aux innovations médicales, les interventions sont moins invasives ce qui permet aux patients de se rétablir plus rapidement et de quitter plus tôt l'hôpital. Le glissement vers plus d'hospitalisations de jour présente plusieurs avantages, notamment une diminution du risque d'infections nosocomiales grâce à un séjour écourté et des coûts potentiellement réduits à la fois pour le patient et la société. De plus, le personnel infirmier peut être déployé ailleurs lorsque les soins liés à une nuitée diminuent.

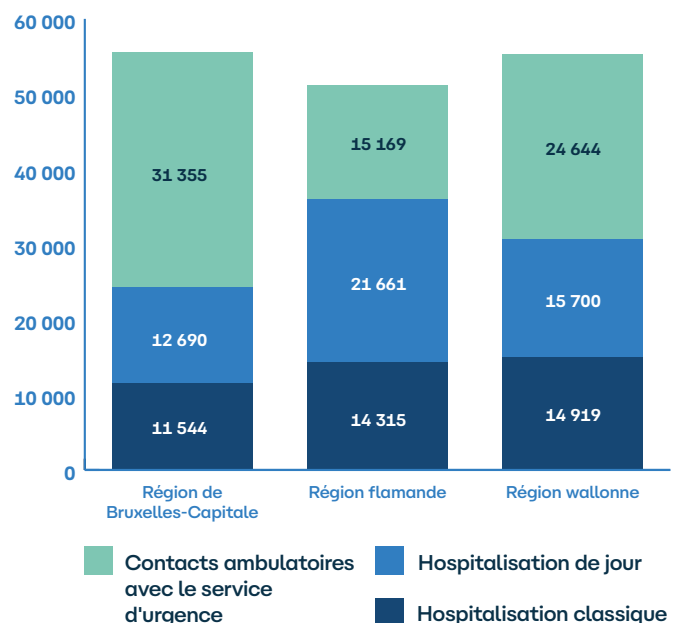
Evolution du nombre de séjours et contacts par 100 000 habitants par type d'hospitalisation



Nombre de séjours hospitaliers/contacts par région⁶

En 2021, le nombre total de séjours pour 100 000 habitants était de 51 145 en Flandre, contre 55 589 à Bruxelles et 55 263 en Wallonie. Si d'une manière générale, le taux de recours aux soins hospitaliers est moins élevé en Flandre que dans les deux autres régions, la situation varie fort selon le type d'hospitalisation. On pratique beaucoup plus l'hospitalisation de jour en Flandre et beaucoup moins l'urgence ambulatoire. Ainsi, le taux de recours aux services des urgences est moitié moindre en région flamande que dans la région de Bruxelles-Capitale. C'est par ailleurs dans la région de Bruxelles-Capitale que l'on trouve le taux le plus bas d'hospitalisations classiques.

Nombre de séjours pour 100 000 habitants par type d'hospitalisation et par région du patient (2021)



6 Région du domicile du patient.

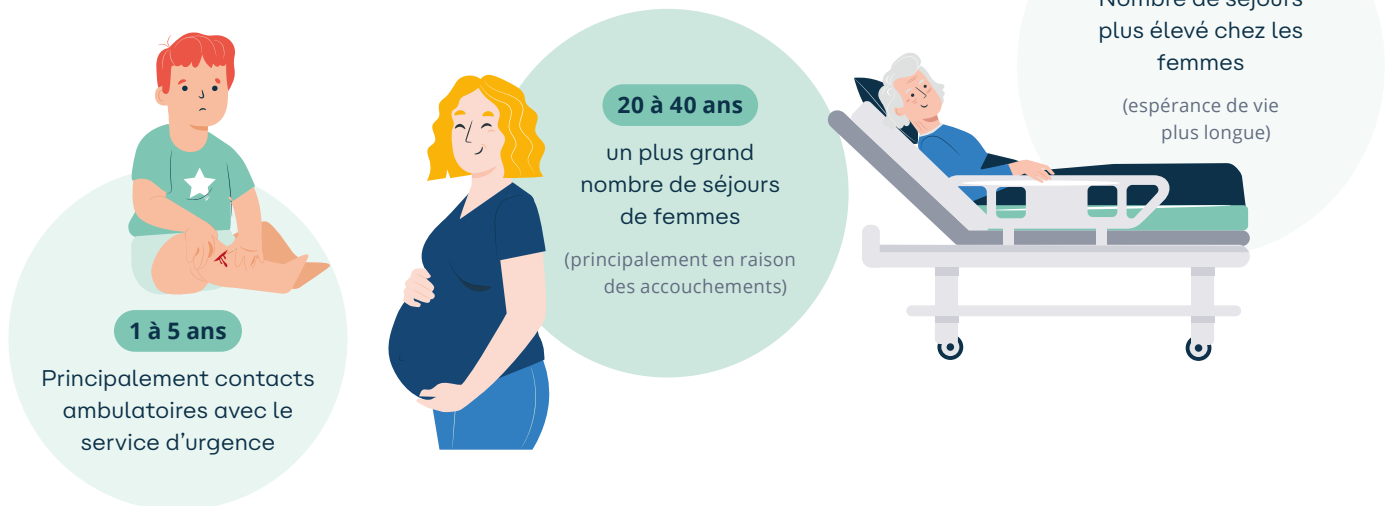


Pour en savoir plus sur l'origine des patients :

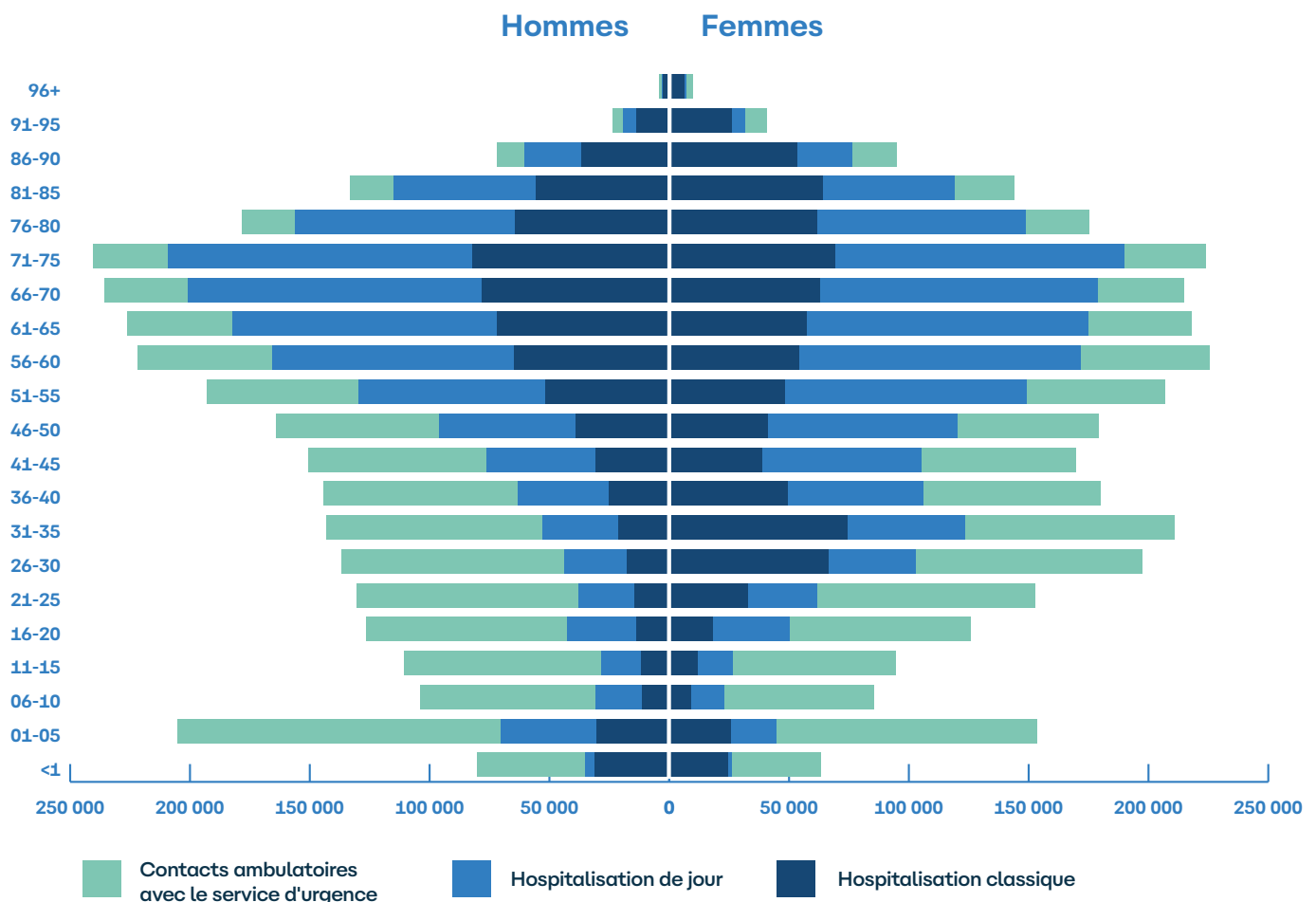
<https://www.health.belgium.be/fr/rhm-origine-des-patients>

Âge et sexe des patients

Nous observons un plus grand nombre de contacts avec l'hôpital chez les enfants âgés de 1 et 5 ans, en raison principalement d'un recours plus intensif aux services d'urgence ambulatoire. Les adultes entre 55 et 70 ans totalisent environ un cinquième des séjours. Après 80 ans, les femmes ont plus de séjours hospitaliers enregistrés que les hommes. Ce phénomène s'explique par leur espérance de vie plus longue. Entre 20 et 40 ans, les femmes ont également plus de séjours hospitaliers enregistrés que les hommes mais ceci est principalement lié aux accouchements.



Nombre de séjours et de contacts par type d'hospitalisation, âge et sexe (2021)



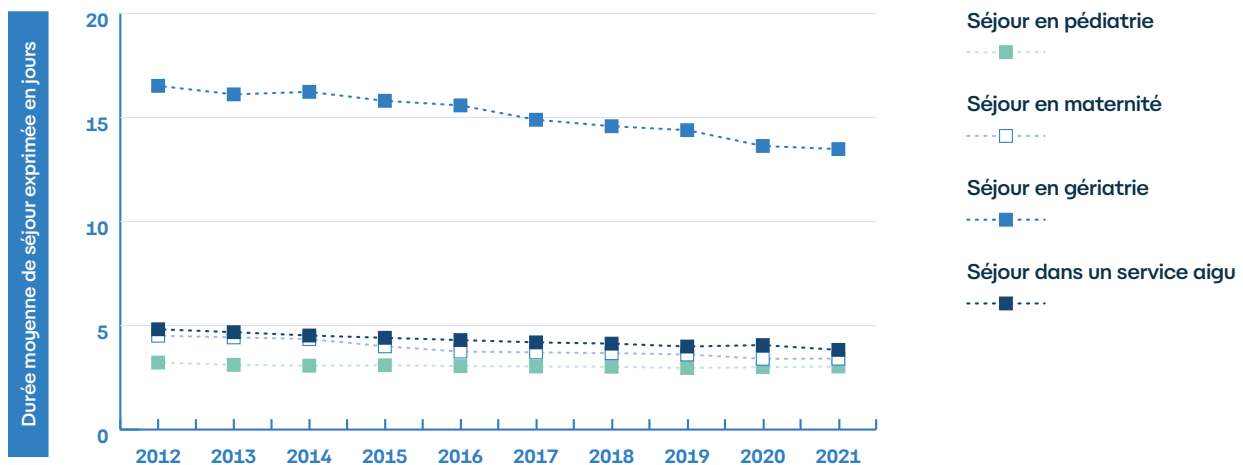
Durée moyenne des séjours en hospitalisation classique

Depuis des années déjà, la politique en matière de soins de santé promeut la réduction de la durée des séjours en vue de garantir l'efficacité et l'utilisation appropriée de la capacité hospitalière. L'objectif est d'y parvenir sans nuire à la qualité des soins tout en tenant compte de la situation spécifique de chaque patient.

En 2021, la durée moyenne de séjour dans un service aigu était de 4 jours⁷, contre 13 dans un service de gériatrie et 3 dans un service de maternité et de pédiatrie. Entre 2012 et 2021, la durée moyenne de séjour a diminué d'un jour dans les services de soins aigus et de maternité, et de trois jours dans les services de gériatrie. Elle est restée stable dans les services de pédiatrie.

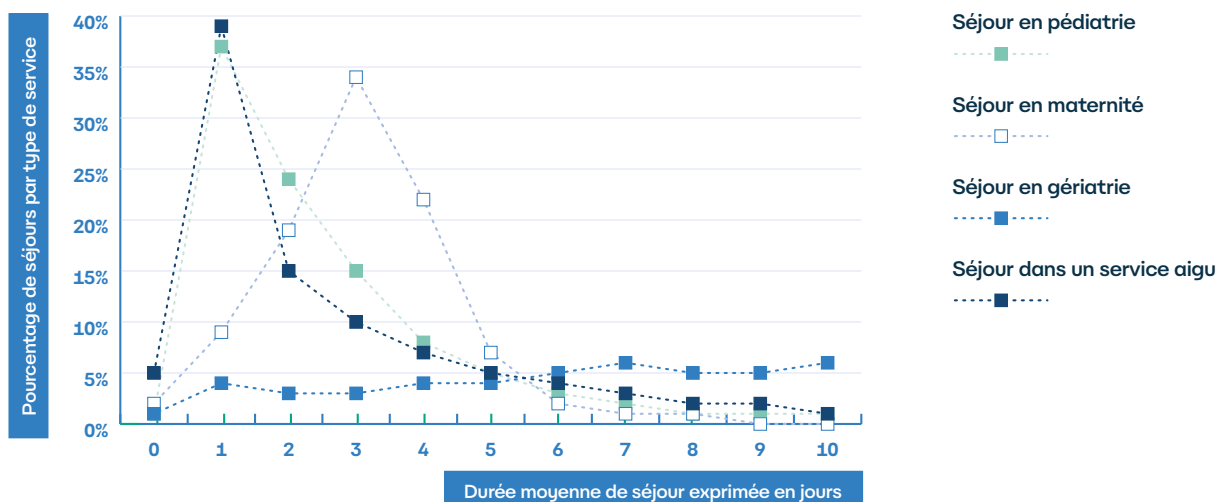
⁷ Les séjours psychiatriques et chroniques ne sont pas repris dans ces graphiques. Par souci de clarté, les séjours de plus de 10 jours ne figurent pas dans le deuxième graphique.

Durée de séjour moyenne pour les hospitalisations classiques par service



En nous penchant sur la durée de séjour dans un service spécifique, nous constatons que près de 60 % des séjours en soins aigus ne dépassent pas 2 jours. En maternité, 64 % des patientes ne séjournent pas plus de 3 jours et 86 % pas plus de 4 jours. En gériatrie, la durée moyenne des séjours est plus longue que dans les autres services : 54 % des patients y séjournent plus de 10 jours. En pédiatrie, 62 % des enfants ne séjournent pas plus de deux jours à l'hôpital.

Durée de séjour moyenne pour les hospitalisations classiques par service



Admissions via le service des urgences

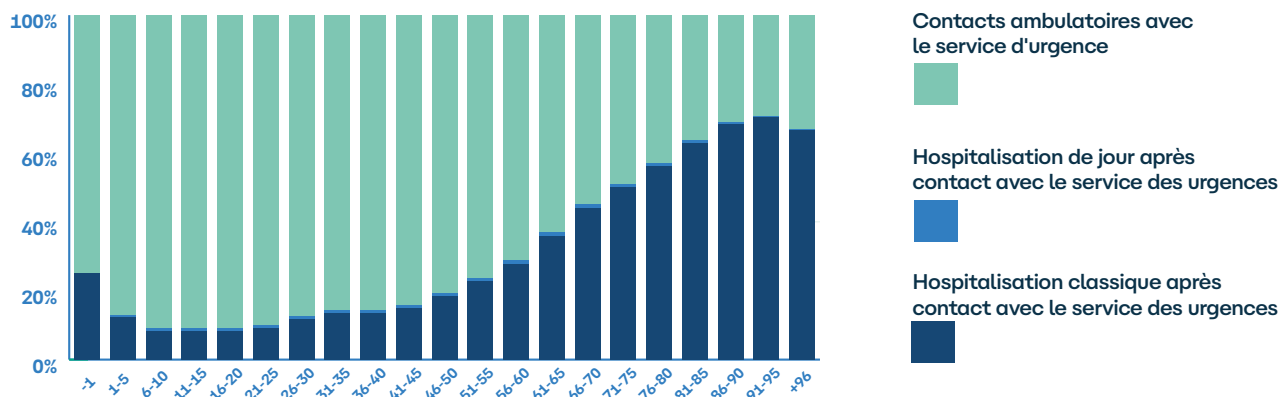
Les graphiques suivants reflètent la proportion de passages par les urgences donnant lieu à une hospitalisation.

Répartition selon l'âge

En 2021, les enfants, adolescents et jeunes adultes ne sont hospitalisés après un contact dans un service des urgences que dans 1 cas sur 10. Cette proportion monte à 1 cas sur 4 pour les seuls enfants de moins d'1 an, soit deux fois plus que pour les enfants âgés entre 1 et 18 ans.

Chez les personnes âgées, nombreuses sont celles hospitalisées après un passage par un service des urgences. Au-delà de 75 ans, dans plus de la moitié des cas, ce passage est suivi d'une hospitalisation classique. Une hospitalisation de jour après un passage aux urgences ne se produit que très rarement.

Pourcentage du type de séjour consécutif à un passage par les urgences par catégorie d'âge (2021)



Répartition selon la région

En Flandre, les services des urgences sont moins utilisés que dans les autres régions. Environ 60 % des séjours en hospitalisation classique ont lieu sans passage par les urgences. Dans les autres régions, près de la moitié des contacts avec un hôpital sont des contacts ambulatoires avec les services des urgences : 51,3 % dans la région de Bruxelles-Capitale et 46 % en région wallonne.

Pourcentage de séjours par type et par région de l'hôpital consécutif à un passage aux urgences (2021)

Région de Bruxelles-Capitale



Région flamande



Région wallonne



- Hospitalisation classique après contact avec le service des urgences
- Hospitalisation classique sans contact avec le service des urgences
- Contacts ambulatoires avec le service d'urgence

Remarque : les séjours en hospitalisation de jour portent sur une faible proportion et ne sont pas repris dans le graphique dans un souci de lisibilité.

Diagnostics les plus fréquents

Le graphique ci-dessous illustre le nombre de séjours pour les cinq groupes de diagnostics les plus fréquents, selon la classification ICD-10-CM⁸ et par type d'hospitalisation.

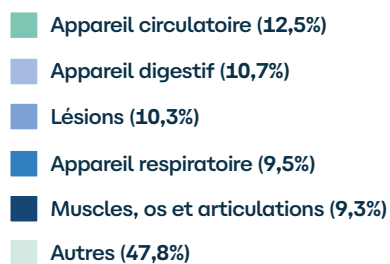
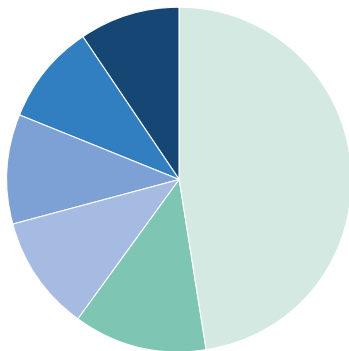
En hospitalisation classique, les trois motifs d'admission les plus fréquents sont les suivants : affections de l'appareil circulatoire, affections de l'appareil digestif et admission consécutive à une blessure.

En hospitalisation de jour, un quart des admissions ont lieu pour une chimiothérapie ou une immunothérapie et près d'un cinquième pour des troubles de l'appareil digestif.

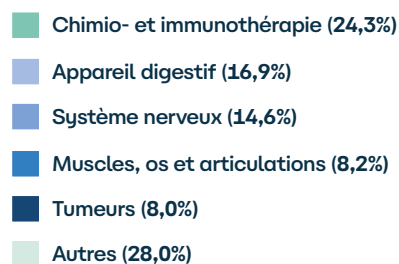
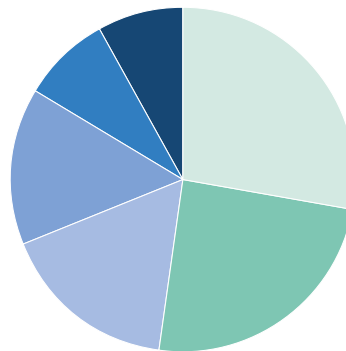


8 Chapitres de l'ICD-10-BE, en tenant compte uniquement de la chimio- et immunothérapie pour le chapitre XXI. Les autres séjours de ce chapitre n'ont pas été inclus dans l'analyse (N=237.198). En outre, 10 475 séjours n'appartenant pas à un chapitre n'ont pas été repris dans la sélection.

Hospitalisation classique



Hospitalisation de jour



Pour en savoir plus sur la prévalence des tableaux cliniques :

<https://www.health.belgium.be/fr/rhm-publications-Prevalence-des-tableaux-cliniques-en-milieu-hospitalier>

Soins infirmiers

Le graphique ci-dessous illustre les dix soins infirmiers les plus fréquents enregistrés en 2021. Les différents soins infirmiers sont regroupés en 6 domaines :

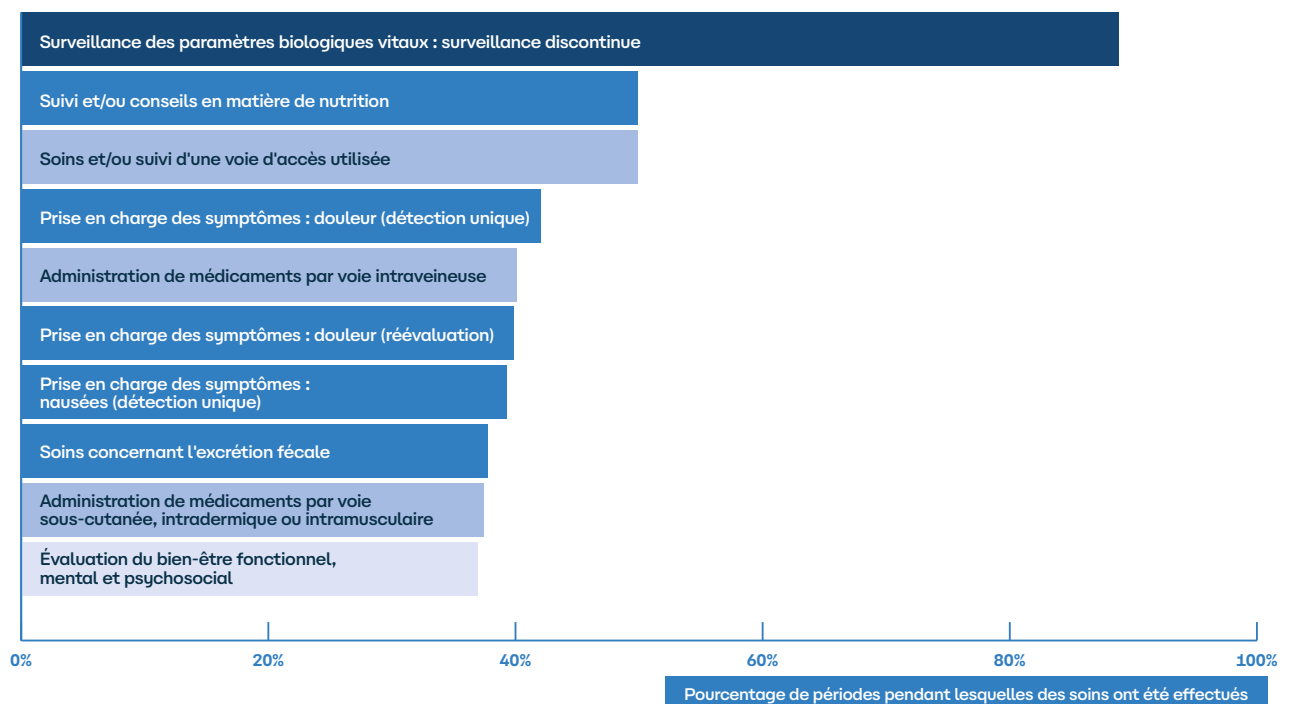
- **Domaine 1:**
Soins liés aux fonctions physiologiques de base
- **Domaine 2:**
Soins liés aux fonctions physiologiques complexes
- **Domaine 3:**
Comportement
- **Domaine 4:**
Sécurité
- **Domaine 5:**
Famille et proches
- **Domaine 6:**
Politique en matière de soins de santé



Le suivi des paramètres biologiques et vitaux est enregistré dans 90 % des épisodes de soins. Ces soins infirmiers visent à détecter ou prévenir les complications (par exemple : mesure de la température corporelle, pression artérielle ou encore fréquence respiratoire).

Sur les dix soins les plus fréquents, cinq appartiennent au premier domaine, regroupant tous les soins infirmiers axés sur les besoins fondamentaux du patient.

Les 10 soins infirmiers les plus courants pendant une période de soins en 2021



Les activités infirmières liées à l'alimentation occupent la deuxième place dans le graphique. Dans 60 % des épisodes de soins, le patient est suivi ou accompagné dans son apport nutritionnel. Il s'agit par exemple d'évaluer cet apport, d'aider les mamans à allaiter et/ou à donner le biberon ou encore de suivre un patient qui doit rester à jeun.

Les quatrième, sixième et septième places sont occupées par trois interventions visant à promouvoir le confort physique du patient, comme la gestion de la douleur. Ces soins sont prodigués dans près de 40 % des épisodes de soins.



La douleur : un point d'attention pour des soins de meilleure qualité

L'enregistrement et l'évaluation de la douleur sont des aspects essentiels des soins infirmiers⁹. Les infirmiers et infirmières jouent un rôle crucial pour mieux combattre la douleur. La douleur a un impact considérable sur la santé et le bien-être des patients. Des études ont montré qu'une gestion insuffisante de la douleur entraîne une mauvaise cicatrisation de plaies, des incidents thromboemboliques, des complications pulmonaires, un allongement de la durée de séjour en soins intensifs et à l'hôpital, et un risque accru de développer une douleur chronique.

Malheureusement, 80 % des patients en postopératoire éprouvent encore de la douleur, selon le rapport de surveillance de l'Inspection des Soins flamande (Zorginspectie). En outre, les dossiers de patients ne satisfont pas tous à l'exigence minimale de deux enregistrements de la douleur par jour. Il est également frappant de constater que les scores de douleur sont enregistrés de façon moins consistante que d'autres paramètres vitaux comme la tension artérielle, le pouls et la température.

Plusieurs raisons sont à l'origine de ces problèmes. D'une part, l'enregistrement de la douleur est un paramètre vital relativement nouveau. Il se pourrait dès lors que les infirmiers et infirmières manquent de connaissances concernant la lutte contre la douleur, l'utilisation adéquate des antidouleurs, l'évaluation de la douleur, et que des idées fausses circulent sur les opioïdes et l'assuétude. Autre part, les patients indiquent ne pas avoir reçu suffisamment d'informations sur la douleur attendue et la gestion de la douleur.

Afin d'améliorer la gestion de la douleur, les recommandations suivantes sont formulées :

- Sensibiliser les prestataires de soins à tous les aspects liés à la problématique de la douleur.
- Accroître les connaissances des infirmiers et infirmières concernant les symptômes, les complications et les interventions liés à un manque de gestion de la douleur par le biais de programmes de formation.
- Développer, implémenter et évaluer un algorithme scientifique de gestion de la douleur à l'échelle de l'hôpital.
- Évaluer la satisfaction en matière de lutte contre la douleur à l'aide des scores « Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems » (HCAHPS) avant et après la mise en œuvre du programme de formation et de l'algorithme.

⁹ Source : Improving Patient Satisfaction With Better Pain Management in Hospitalized Patients The Journal for Nurse Practitioners Volume 13, Issue 1, January 2017, Pages e23-e27
https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/rapport_az.pdf

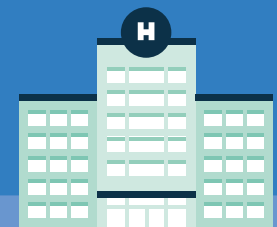
03

FINANCEMENT



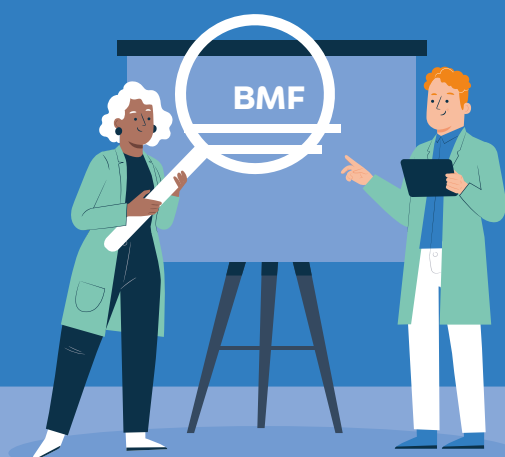
Le chiffre d'affaires des hôpitaux généraux s'élevait en 2021 à environ 21,3 milliards d'euros.

→ p. 23



En janvier 2023, un BMF a été prévu pour les hôpitaux généraux à hauteur de 9 935 557 653 €.

→ p. 24

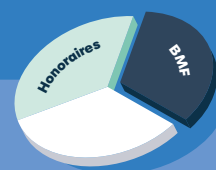


Le BMF se compose de trois sous-parties principales : un budget pour les charges des crédits à court terme (partie A2), un budget pour les frais de fonctionnement (partie B) et un budget pour la régularisation du financement a posteriori des différentes parties du BMF (partie C).

→ p. 24

Le BMF est alloué en partie sur la base de montants forfaitaires et en partie sur la base de l'activité justifiée de chaque hôpital.

→ p. 24



Le BMF et les honoraires des médecins représentent chacun un tiers du chiffre d'affaires en 2021.

→ p. 23

FINANCEMENT

Sources de financement

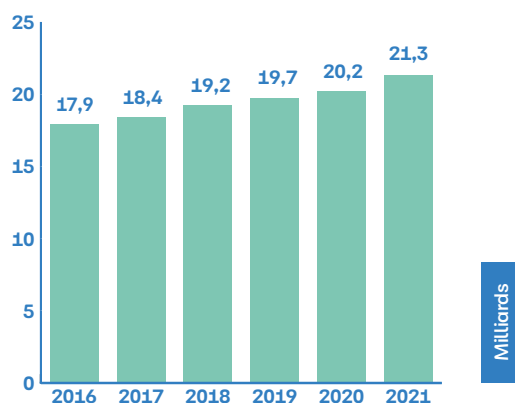
Le secteur des hôpitaux généraux représentait en 2021 un chiffre d'affaires total de 21,3 milliards d'euros¹⁰.

Les principales sources de financement des hôpitaux sont le budget des moyens financiers (BMF) (36,5 %), les rétrocessions d'honoraires des médecins, des dentistes et de certaines catégories de personnel soignant et paramédical (31,5 %), les produits pharmaceutiques et assimilés (20,8 %), les forfaits INAMI (4,4 %), les produits pharmaceutiques et assimilés (20,8 %), les suppléments de chambre (0,5 %) et produits accessoires (0,2%).

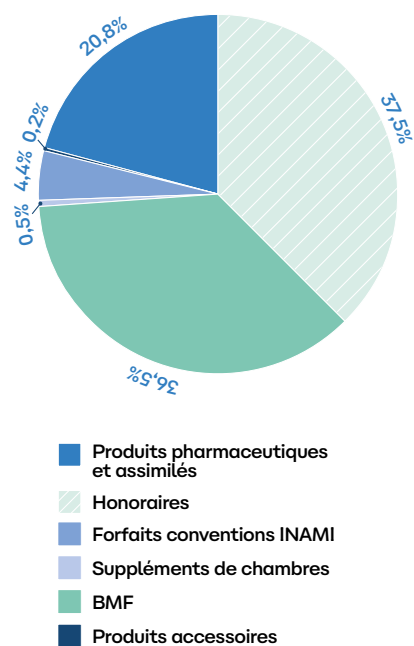


10 Source : Finhosta

Évolution du chiffre d'affaires des hôpitaux généraux



Répartition du chiffre d'affaires (2021)

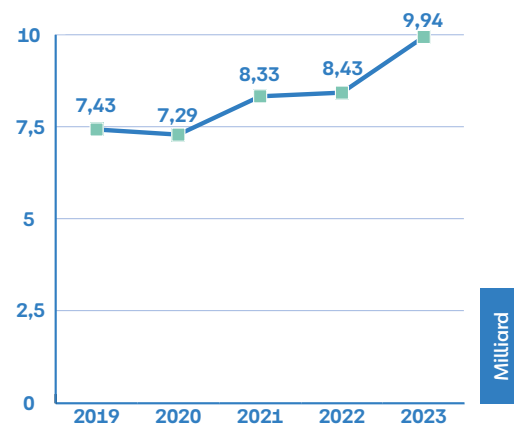


Le budget des moyens financiers

Répartition du budget

Le financement d'un hôpital via le budget des moyens financiers provient de la répartition individuelle du budget global des hôpitaux entre tous les hôpitaux.¹¹ En janvier 2023, ce budget global a été fixé à un montant maximum de 9 935 557 653 € pour les hôpitaux généraux. Le BMF a augmenté de 34 % ces cinq dernières années, passant de 7,4 milliards € en 2019 à 9,9 milliards € en 2023.

Evolution BMF hôpitaux généraux au 1er janvier

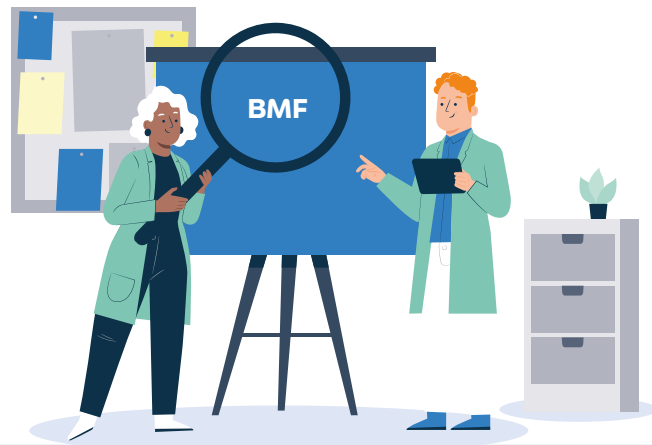


¹¹ La répartition s'effectue selon les conditions visées par l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Le BMF se compose de trois sous-parties principales : un budget pour les charges des crédits à court terme (partie A2), un budget pour les frais de fonctionnement (partie B) et un budget pour la régularisation du financement a posteriori des différentes parties du BMF (partie C). Le financement hospitalier s'effectue principalement par le biais de montants forfaitaires, coûts réels ou prestations à l'acte.

Les sous-parties du budget des moyens financiers		% (janvier 2023)
A2	Charges des crédits à court terme	0,59 %
B : Frais de fonctionnement	B1 Frais des services communs	18,85 %
	B2 Frais des services cliniques	36,29%
	B3 Frais de fonctionnement des services services médico-techniques RMN - Radiothérapie - PET	1,11 %
	B4 Recyclage et forfaits	15,42%
	B5 Frais de fonctionnement de la pharmacie hospitalière	1,57%
	B6 Frais accords sociaux personnel hors BMF	1,16%
	B7 Frais liés aux fonctions universitaires	1,93%
	B8 Frais liés au caractère social de la patientèle	0,32%
	B9 Frais accords sociaux	17,00%
C : Corrections	C2 Montants de rattrapage	5,90%
	C3 Récupération partielle des suppléments de chambre	-0,13%

Focus sur le BMF



Le **Fonds Blouses blanches** est couvert par la sous-partie B9 du BMF. Il vise à améliorer l'emploi et la formation du personnel infirmier ainsi que du personnel de soutien. Il est ainsi possible d'accroître le temps effectif consacré aux soins prodigués au chevet des patients. En janvier 2023, **336 millions €** ont été alloués aux hôpitaux généraux.

La réforme de l'hôpital de jour a deux finalités : encourager les techniques innovantes et éviter les nuitées inutiles au sein de l'hôpital. Deux mesures financières sont prises pour stimuler cela :

- Au 1er janvier 2023, la liste des codes de nomenclature INAMI concernant l'hospitalisation chirurgicale de jour a fait l'objet d'une mise à jour. La liste dite « **liste A** » contient **551 codes de nomenclature ou interventions**. Elle ne comptait auparavant que 246 interventions. Ces interventions peuvent avoir lieu dans un hôpital chirurgical de jour et donner lieu à un financement par le biais du BMF. L'extension porte sur des interventions telles que l'opération de la vésicule biliaire, l'ablation de l'appendice ou la pose d'une prothèse du genou.
- À partir de 2023, la **liste B** sera à nouveau utilisée. Cette liste porte sur 189 interventions qui devraient avoir lieu dans un hôpital de jour, par exemple l'exérèse de varices, la circoncision ou encore l'ablation des amygdales chez un enfant. Un hôpital ne percevra pour les interventions de cette liste qu'une rétribution équivalente à une admission de jour. Si toutefois le patient séjourne plus longtemps à l'hôpital, aucune indemnité supplémentaire ne sera octroyée par le biais du BMF pour cette intervention. Ce séjour sera alors **considéré comme inapproprié**. Cette réglementation ne s'applique qu'aux personnes de moins de 75 ans et ne présentant pas de problème de santé additionnel. Cette liste doit faire en sorte que les hôpitaux n'aient aucun intérêt à prolonger plus que nécessaire la durée de séjour du patient.

Les pouvoirs publics ont pris la décision en 2020 de prévoir une intervention financière pour les hôpitaux et les prestataires de soins dans le cadre de la **pandémie de COVID-19**. Des avances pour un montant total de 2 milliards € ont été versées à cet effet aux hôpitaux généraux et psychiatriques. L'octroi de ces avances vise à soutenir les hôpitaux afin qu'ils puissent répondre à leurs obligations financières, à savoir payer les membres du personnel actifs et régler à temps les factures des fournisseurs et prestataires de services. Le financement définitif sera fixé en 2023 sur la base de l'impact réel de la pandémie de COVID-19 sur chaque hôpital.

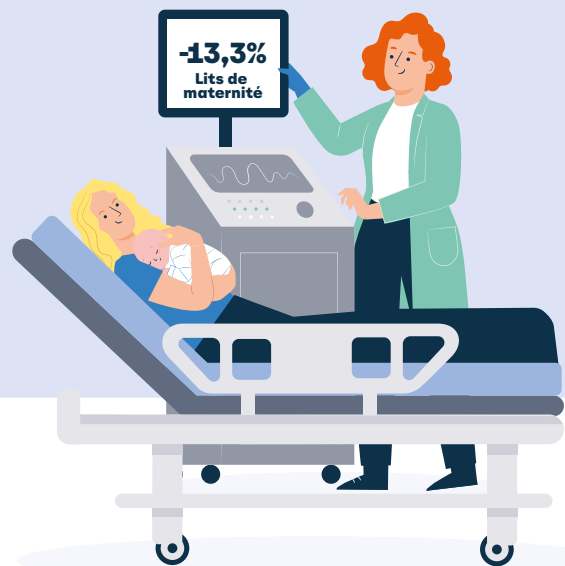
Lits justifiés

Pour les hôpitaux généraux, le financement repose essentiellement sur l'activité liée aux séjours des patients aux patients. Pour chaque hôpital, une « activité justifiée » est déterminée et qui sert de base pour essayer de couvrir les frais du personnel soignant et infirmier et l'utilisation de produits médicaux.

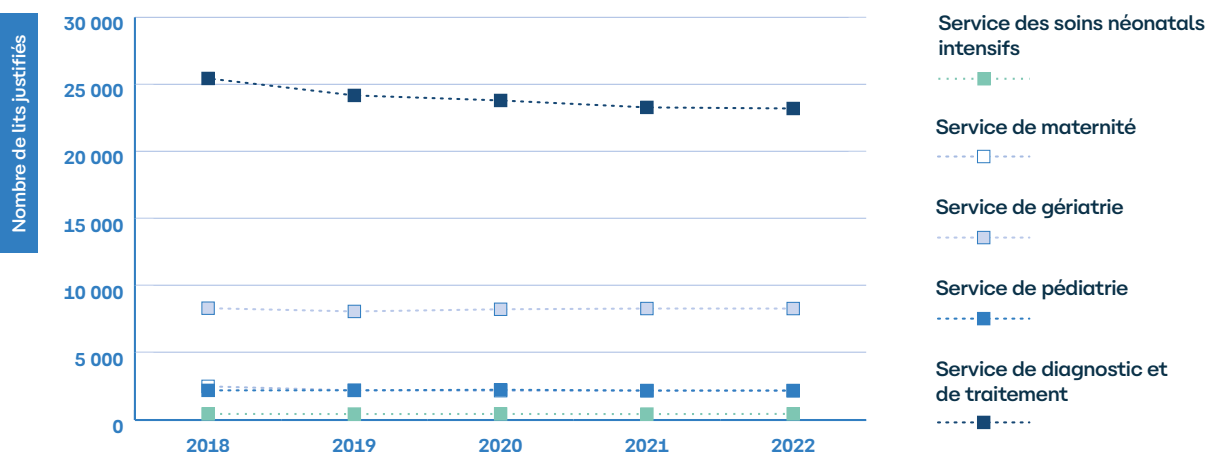
L'activité justifiée est calculée en fonction du nombre d'admissions dans un hôpital, pondérée selon la durée moyenne de séjour à l'échelle nationale par groupe de pathologies. Dans le calcul, il est toujours tenu compte du degré de gravité de la pathologie du patient. Si la durée moyenne du séjour à l'hôpital pour un groupe de patients donné est inférieure à la moyenne nationale, l'hôpital sera avantagé (car il sera financé pour plus de journées d'hospitalisation qu'il n'en a réalisées). Inversement, si la durée moyenne du séjour pour un groupe de patients est supérieure à la moyenne nationale, l'hôpital sera désavantagé.

Le nombre total de journées d'hospitalisation justifiées de l'hôpital est divisé par un taux d'occupation normatif, multiplié par 365 pour obtenir **le nombre de lits justifiés de l'hôpital**.

Le nombre total de lits justifiés a diminué de 6,7 % au cours de ces cinq dernières années. La diminution la plus marquée est observée en maternité (-13,3 %). Cette baisse pourrait s'expliquer par les projets « Accouchement avec séjour hospitalier écourté » visant à optimiser les soins avant, pendant et après le séjour à l'hôpital.

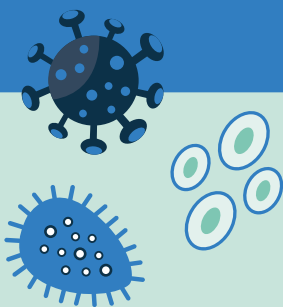


Evolution du nombre de lits justifiés



03

QUALITÉ ET INNOVATION



Éviter la résistance aux antimicrobiens (AMR) grâce à la prévention et au contrôle des infections (Infection prevention and control - IPC) et à la gestion des antimicrobiens (Antimicrobial stewardship - AMS)

→ p. 28



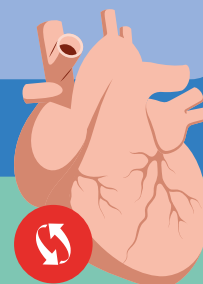
En 2021, les directives en matière d'hygiène des mains ont été respectées dans 80,4 % des cas

→ p. 30



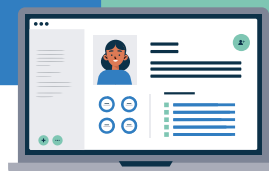
24 équipes HOST ont été mises sur pied en 2021 et 2022

→ p. 31



Les séjours hospitaliers liés à une insuffisance cardiaque congestive en Belgique sont inférieurs d'un tiers par rapport à la moyenne des pays de l'UE.

→ p. 34



57 millions € répartis pour le déploiement du DPI en 2022

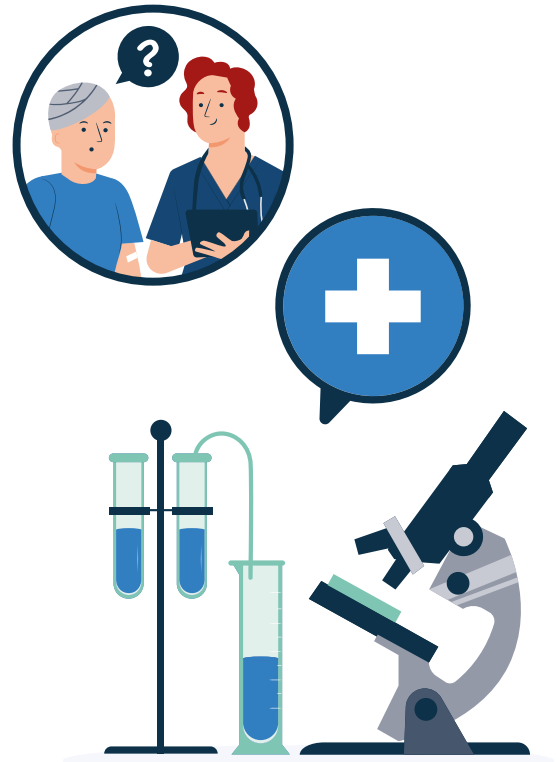
→ p. 37

QUALITÉ ET INNOVATION

Le domaine de la qualité des soins couvre une grande variété de dimensions : 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 les différentes autorités fédérales et institutions scientifiques (SPF Santé publique, INAMI, KCE, Sciensano, Conseil Supérieur de la Santé et AFMPS), au niveau des entités fédérées dans le cadre d'initiatives privées (associations scientifiques, organismes d'accréditation, ...) et également au niveau international (OCDE, UE, OMS...). Les initiatives prennent diverses formes, notamment l'élaboration de guidelines, des campagnes de sensibilisation, le développement d'indicateurs de qualité et la surveillance sur le terrain, le benchmarking, les peer reviews et la mise en place d'un système d'incitants financiers (cf. Pay for Performance).

Ce chapitre met en exergue, à titre d'exemple, quelques initiatives qui ont été lancées ces dernières années pour mesurer et améliorer la qualité des soins en Belgique.

En outre, l'innovation et la digitalisation sont devenues des facteurs indispensables dans les soins de santé actuels. Elles transforment les processus et améliorent les soins aux patients de manière inégale. Un paragraphe a été ajouté à ce chapitre concernant l'importance et la mise en œuvre du dossier patient informatisé (DPI), un exemple d'innovation technologique dans le domaine des soins.



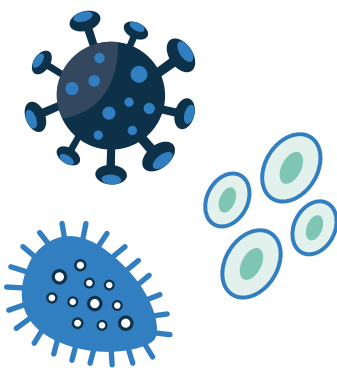
Résistance aux antimicrobiens (AMR)

Contexte

La résistance aux antimicrobiens (AMR) est l'une des plus grandes menaces pour la santé publique d'aujourd'hui et de demain. Les bactéries peuvent devenir insensibles aux antibiotiques. Dès lors, les antibiotiques ne sont plus en mesure de les éradiquer ou de les inhiber.

Le Réseau européen de surveillance de la consommation d'antimicrobiens (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network — EARS-Net)¹² a analysé l'impact des infections à bactéries résistantes aux antibiotiques au sein de l'UE/EEE. En Belgique, le nombre d'infections à bactéries résistantes aux antibiotiques en 2020 a été estimé à 13 991. Le nombre de décès dus aux infections à bactéries résistantes aux antibiotiques en 2020 a été estimé à 616.

Dans le scénario le plus pessimiste, il n'y aura plus d'antibiotiques efficaces à l'avenir, les interventions chirurgicales deviendront beaucoup plus risquées et les infections qui pouvaient être traitées seront à nouveau mortelles.



¹² <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/networks/disease-networks-and-laboratory-networks/ears-net-data>

C'est pourquoi, dans le prolongement des initiatives en cours en matière d'antibiotiques, un plan d'action national baptisé « One World, One Health » a été lancé pour lutter contre l'AMR. Une approche intersectorielle et multidisciplinaire reste en effet nécessaire pour garantir une utilisation rationnelle des antibiotiques. Le plan d'action national de lutte contre l'AMR se concentre sur la diminution et l'utilisation appropriée des antimicrobiens (et des antibiotiques en particulier) dans l'optique de prévenir le développement et la prolifération de microbes résistants à la fois chez les êtres humains, les animaux, les plantes et dans l'environnement. Les hôpitaux luttent contre la résistance aux antimicrobiens par le biais de programmes tels que la prévention et le contrôle des infections (Infection and Prevention Control - IPC) et l'utilisation prudente des antimicrobiens (Antimicrobial Stewardship - AMS), l'objectif étant de prévenir au maximum la transmission des infections et de soutenir et stimuler l'utilisation rationnelle des antibiotiques.



Pour en savoir plus sur le plan d'action national :

<https://www.health.belgium.be/fr/plan-daction-national-belge-one-health-de-lutte-contre-la-resistance-aux-antimicrobiens-2020-2024>

Surveillance de l'utilisation des antibiotiques

Sciensano a développé une plateforme accessible en ligne permettant de suivre l'évolution de l'utilisation des antimicrobiens, en particulier des plus utilisés, au sein des hôpitaux généraux, aigus en Belgique¹³.

La consommation d'antibactériens à usage systémique, exprimée en doses journalières (DDD) pour 1 000 journées d'hospitalisation montre une légère tendance à la hausse, tandis que l'utilisation de ces antibactériens pour 1 000 séjours présente une légère diminution jusqu'en 2019, puis une augmentation en 2020¹⁴.

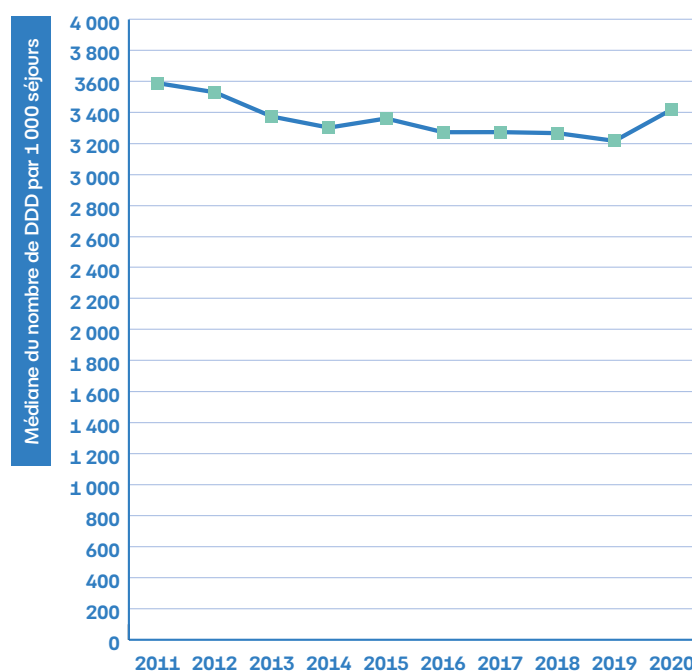
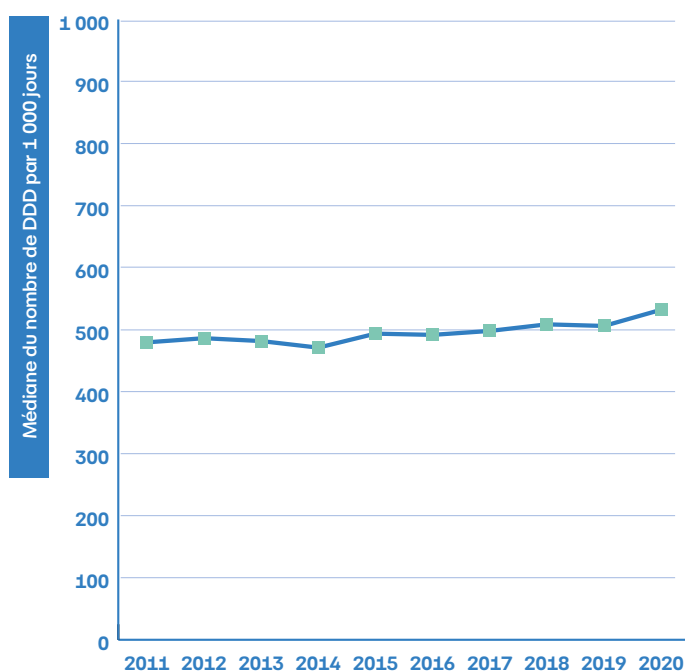


¹³ Source : <https://www.healthstat.be/#/main>

¹⁴ Les antibactériens à usage systémique ont été sélectionnés via l'ATC-code J01. Seule la consommation au sein des hôpitaux belges aigus, à l'exclusion des services psychiatriques et hospitalisations de jour, a été prise en considération.

Évolution de la consommation d'agents antibactériens à usage systémique exprimée en nombre de DDD par 1 000 jours

Évolution de la consommation d'agents antibactériens à usage systémique (ATC J01) exprimée en nombre de DDD par 1 000 séjours



La tendance à la baisse peut s'expliquer par un changement de la situation épidémiologique. Un plus grand nombre d'admissions (et donc un plus grand dénominateur) entraîne une diminution lorsque la consommation d'antibiotiques est exprimée en DDD pour 1 000 admissions. Inversement, un raccourcissement de la durée de séjour (soit moins de journées d'hospitalisation et donc un dénominateur plus petit) peut provoquer une tendance à la hausse lorsque l'utilisation des antibiotiques est exprimée en DDD pour 1 000 journées d'hospitalisation. Même si les chiffres actuels donnent une bonne estimation de l'utilisation des antibiotiques au sein des hôpitaux belges, une analyse plus approfondie est nécessaire.

La plateforme en ligne du ESAC-NET permet également de comparer notre consommation d'antibiotiques à celle des pays voisins¹⁵. Avec 1,4 DDD pour 1 000 habitants par jour (DID) en 2021, la Belgique se situe en dessous de la moyenne européenne (1,5 DID) et de la France (1,7 DID). Les hôpitaux belges ont réduit de 17 % l'utilisation absolue des antibactériens pendant la période 2012-2021, la diminution la plus importante ayant eu lieu entre 2019 et 2020. Malgré cette baisse, le comportement prescripteur dans les hôpitaux belges est toujours plus élevé que dans les hôpitaux néerlandais (0,7 DID en 2021).

L'utilisation d'antibiotiques à large spectre en Belgique représentait, en 2021, 31 % de l'utilisation globale des antibiotiques dans le secteur hospitalier. Néanmoins, ce pourcentage varie fortement d'un hôpital à l'autre. Il est important de poursuivre l'engagement en faveur d'une prescription responsable des antibiotiques, sur la base de guidelines. Ceci garantit une utilisation rigoureuse des antibiotiques à large spectre pour les cas complexes. L'infectiologie joue un rôle crucial à cet égard.

¹⁵ <https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/surveillance-and-disease-data/database>



En savoir plus ? Consultez le rapport BELMAP :

<https://www.health.belgium.be/fr/node/42731>

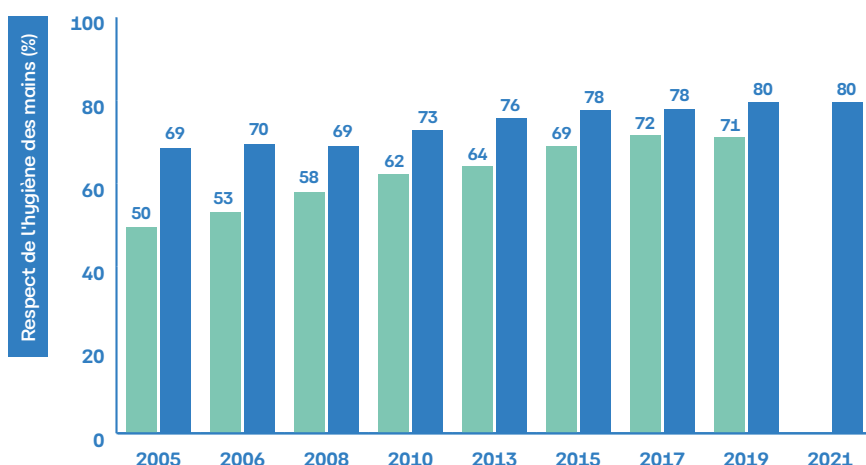
Prévention des infections

Le respect de l'hygiène des mains par les prestataires de soins est considéré comme le principal facteur dans la prévention de la transmission entre les patients des infections liées aux soins. Depuis 2005, le SPF Santé publique organise des campagnes sur l'hygiène des mains dans les hôpitaux belges, en collaboration avec Sciensano, pour sensibiliser le personnel, les patients et les visiteurs aux bonnes pratiques et promouvoir la désinfection des mains.

Entre 2005 et 2019 inclus, nous observons toujours une incidence claire de la campagne sur le respect des règles d'hygiène des mains. De plus, une tendance à la hausse est observée au fil du temps.

En 2021, la 9e campagne sur l'hygiène des mains a été lancée. Aucune mesure n'a été effectuée avant cette campagne. Après la campagne, on a constaté que dans 80,4 % des situations analysées, les règles en matière d'hygiène des mains ont été respectées.

Evolution du suivi des directives en ce qui concerne l'hygiène des mains (%)



Avant
campagne



Après
campagne



La neuvième campagne était axée sur l'amélioration de l'observance pour les indications suivantes :

- hygiène des mains dans le cadre d'un contact veineux/artériel (79,3 % après la campagne en 2021 contre 80 % en 2019) ;
- hygiène des mains dans le cadre d'un contact avec un site urinaire (82,7 % après la campagne en 2021 contre 87,9 % en 2019).

À l'instar des campagnes précédentes, les infirmiers et infirmières ont obtenu les meilleurs résultats après la campagne (87 %) par rapport aux autres prestataires de soins.



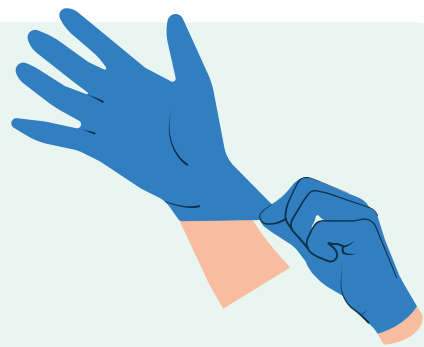
Vous souhaitez en savoir plus sur les résultats ?

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/sciensano_resultats_9e_campagne_nationale_hdm_2020-2021_version1.0.pdf

Le slogan de la 10e campagne Hygiène des mains 2023 dans les hôpitaux est le suivant :

« Utilisation des gants rationnelle, c'est essentiel ! ».

Ôter des gants contaminés est un acte risqué, c'est pourquoi l'utilisation rationnelle et correcte de gants stériles et non stériles a été choisie comme thème de cette campagne.



Vous voulez en savoir plus ?

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/influences-de-lenvironnement/hygiene-des-mains>



Vous voulez en savoir plus ?

www.noso-info.be

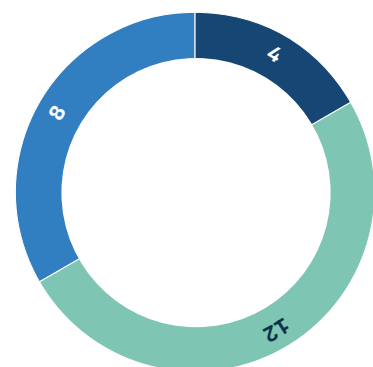
Hospital Outbreak Support Teams (HOST)

Le SPF Santé publique a lancé les Hospital Outbreak Support Teams (HOST) en tant que projets-pilotes, dans l'optique de renforcer les équipes IPC (Infection Prevention & control) et AMS (Antimicrobial Stewardship) des hôpitaux. En outre, grâce à ces équipes, le SPF entend accroître la disponibilité de l'expertise IPC et AMS pour les maisons de repos (et de soins) et pour les acteurs de première ligne.

Les projets-pilotes HOST s'articulent autour de deux axes complémentaires :

- une approche locorégionale qui se concentre sur le partage des moyens et la collaboration entre les hôpitaux au sein d'un réseau locorégional ;
- une approche transversale impliquant un transfert de connaissances entre tous les partenaires concernés.

Nombre de projets HOST par région



« 24 projets-pilotes HOST ont été lancés en 2021 et 2022 en Belgique. »

24 projets-pilotes HOST ont été lancés en 2021 et 2022 dont 4 en Région de Bruxelles-Capitale, 12 en Région flamande et 8 en Région wallonne, sur la base d'une proposition de projet soumise et approuvée. Au sein des réseaux hospitaliers régionaux, un hôpital coordinateur a été désigné et a signé une convention avec le SPF Santé publique.

Les réseaux hospitaliers ont mis sur pied des équipes HOST rassemblant des experts en maladies infectieuses, microbiologie médicale, pharmacie clinique ainsi que prévention et contrôle des infections.

Les activités de 2022 et ultérieures sont analysées sur la base de rapports narratifs d'état d'avancement concernant les sujets suivants :

- élaboration de directives IPC/AMS, instruments et procédures au niveau local ;
- enseignement et formation ;
- surveillance, monitoring et feed-back ;
- mise en œuvre de stratégies multimodales visant une amélioration de l'IPC et de l'AMS.

La surveillance a fait l'objet d'une attention particulière. En 2022, un budget de 120 000 € a été alloué par réseau pour améliorer la surveillance épidémiologique élargie, l'analyse et le feed-back des données sur l'utilisation antimicrobienne et les soins de santé en lien avec les infections dans les réseaux hospitaliers participants.

L'intégration des équipes HOST dans les structures IPC et AMS existantes s'accompagne de défis, mais s'améliore au fil du temps grâce à l'implication d'acteurs essentiels au sein des hôpitaux, aux discussions menées au sein des plateformes régionales et nationales ainsi qu'aux efforts fournis pour améliorer l'interopérabilité des banques de données IPC, AMS et AMR au sein du réseau.

Un concept important est l'enrichissement mutuel par les expériences et leçons apprises des différents projets HOST. Une journée d'intervision a été organisée à cet égard en octobre 2022. À l'occasion de cet événement, plusieurs projets en cours des équipes HOST ont été présentés, les succès, échecs et enseignements ont été partagés. L'approche par étapes permet aux équipes de se développer et de progresser dans le paysage complexe et la pluralité de réalités en matière d'IPC et AMS au niveau de nos soins de santé. De telles journées d'intervision seront aussi organisées en 2023 et 2024.



En savoir plus ?

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/projet-pilote-hospital-outbreak-support-teams-host>

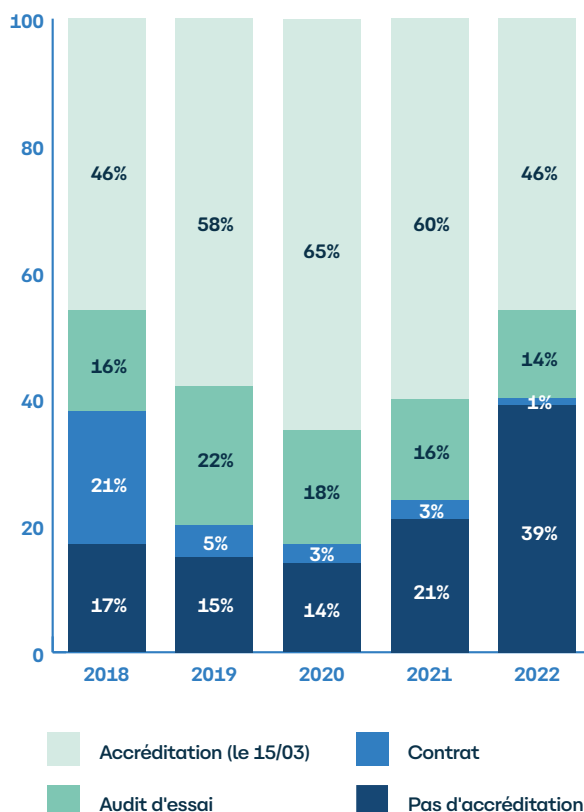
Pay for Performance

Le programme Pay for Performance (P4P) a été lancé en 2018 pour les hôpitaux généraux dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux. Ce programme vise à récompenser financièrement les hôpitaux qui obtiennent de bons résultats sur un ensemble d'indicateurs de structure, de processus et de résultats à l'échelle de l'hôpital et liés à des pathologies. Ces indicateurs sont notamment l'obtention d'un certificat d'accréditation ISQua et l'application d'un système de gestion de la sécurité des patients. L'accent a également été mis sur des indicateurs oncologiques, comme la transmission correcte et exhaustive de données relatives à l'état clinique et pathologique de tumeurs, et sur des indicateurs de mortalité. Ces dernières années, les expériences des patients ont fait l'objet d'une attention plus marquée. Les hôpitaux perçoivent un incitant financier calculé à partir des résultats obtenus par rapport aux indicateurs et à l'activité justifiée (= nombre de lits justifiés).

L'indicateur de qualité accréditation ISQua (International Society for Quality in Healthcare) fait partie du programme P4P depuis début 2018. Dans le cadre d'une accréditation ISQua, l'hôpital est évalué par une organisation externe indépendante au niveau de la qualité et de la sécurité des soins prodigués aux patients. L'obtention d'un certificat d'accréditation requiert beaucoup d'efforts de la part de l'hôpital.

Les hôpitaux sont financièrement récompensés dans le cadre du P4P, à la fois pour l'obtention d'un certificat d'accréditation ISQua et pour le trajet de préparation à une accréditation à l'échelle de l'hôpital.

Évolution du pourcentage d'hôpitaux par phase d'accréditation



« Le nombre d'hôpitaux sans accréditation ISQua passe de 17 à 39 au cours de la période de 2018 à 2022. »

Dans le programme P4P de 2018, 46 hôpitaux ont reçu l'accréditation ISQua. En 2020, ils étaient 65. À partir de 2021, une diminution notable a cependant été observée. De plus en plus d'hôpitaux (flamands) choisissent de ne pas renouveler leur accréditation : 4 entre 2020 et 2021, 15 entre 2021 et 2022, soit presque quatre fois plus. Entre 2020 et 2021, seul un hôpital à Bruxelles a décidé de ne plus participer à l'accréditation ISQua. En Wallonie aucun hôpital n'a mis fin à son accréditation ISQua. Au contraire, le nombre d'hôpitaux wallons accrédités ISQua a augmenté, passant de 4 en 2018 à 13 en 2022.

Programme Healthcare Quality & Outcomes

Le programme Healthcare Quality & Outcomes (HCQO) de l'OCDE vise à établir des comparaisons internationales en matière de qualité des soins de santé. Des indicateurs sont développés et rapportés à cette fin.

Ce programme analyse notamment les admissions hospitalières dans le cadre des quatre maladies chroniques les plus fréquentes : l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), les maladies cardiaques congestives et le diabète. Pour ces affections, un système de soins de première ligne performant permet d'éviter des hospitalisations coûteuses et non justifiées¹⁶.

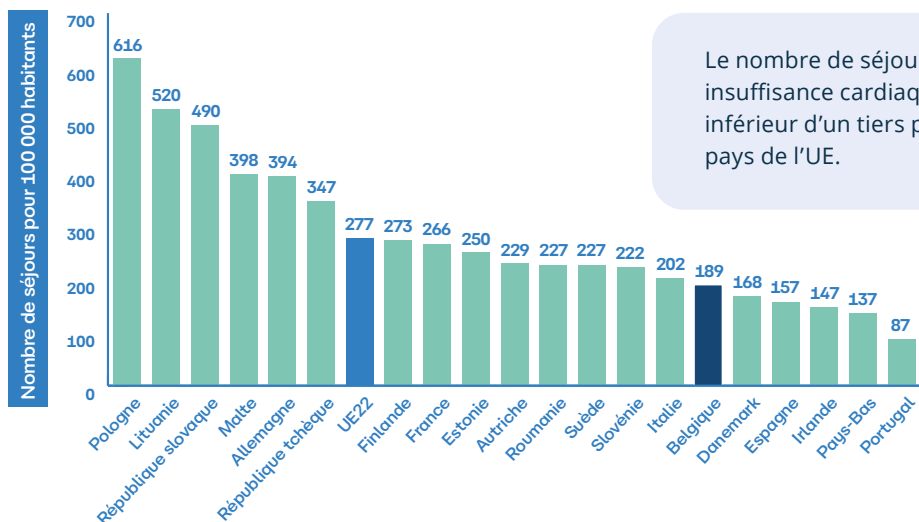
Nous comparons ci-dessous le nombre d'hospitalisations pour les maladies cardiaques congestives et le diabète dans certains pays européens¹⁷.

Le nombre d'admissions pour 100 000 habitants donne une indication du fonctionnement du système de soins de santé de première ligne. Nous observons une forte variation entre les pays européens.

16 OECD (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>

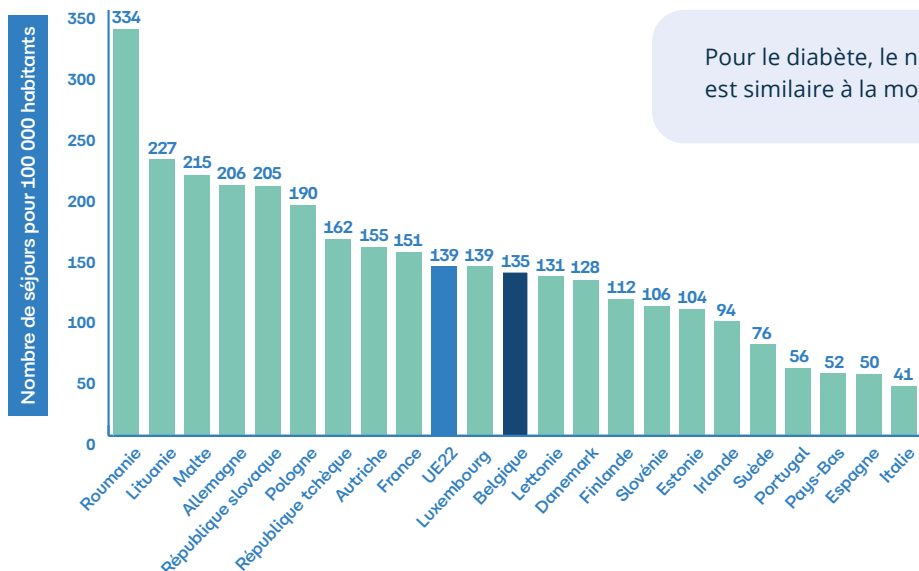
17 Source : OESO, Health Statistics 2022

Nombre de séjours hospitaliers pour insuffisance cardiaque congestive pour 100 000 habitants (2019 ou dernière année disponible)



Le nombre de séjours hospitaliers liés à une insuffisance cardiaque congestive en Belgique est inférieur d'un tiers par rapport à la moyenne des pays de l'UE.

Nombre de séjours hospitaliers liés au diabète pour 100 000 habitants (2019 ou dernière année disponible)



Pour le diabète, le nombre de séjours hospitaliers est similaire à la moyenne au sein de l'UE.

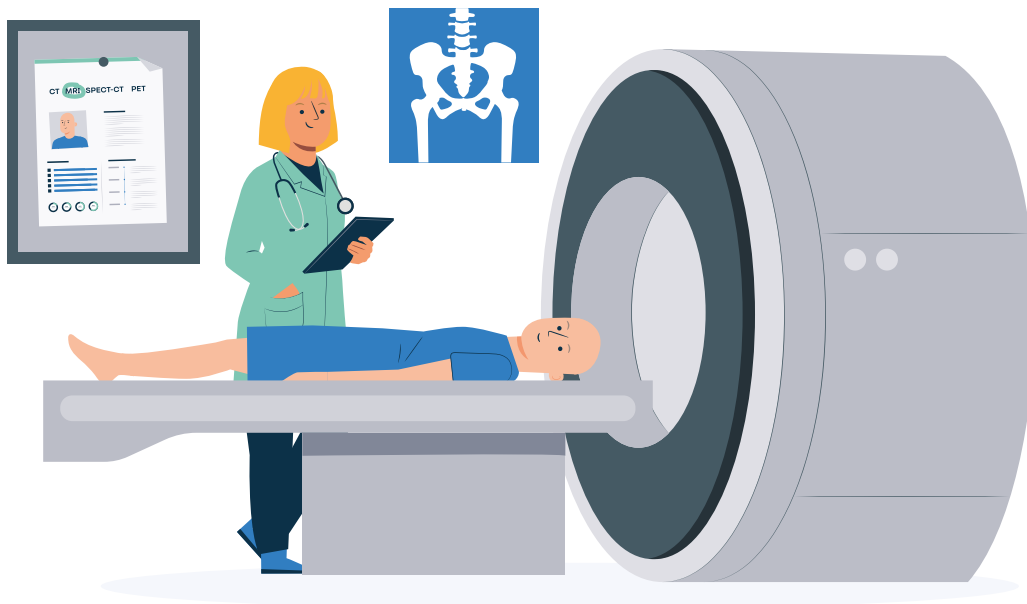
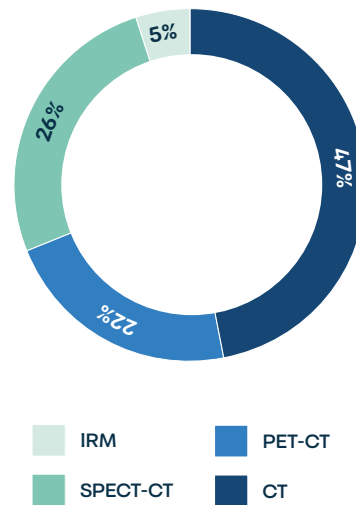
Imagerie médicale

Qu'est-ce que l'imagerie médicale ?

Le terme « imagerie médicale » est un nom collectif désignant l'ensemble des techniques utilisées pour visualiser le corps par l'image. Dans les hôpitaux, l'imagerie médicale est utilisée à des fins diagnostiques, pour dépister précocement les maladies, en assurer le suivi thérapeutique, encadrer des interventions médicales et évaluer l'efficacité des traitements.

On distingue les appareils suivants pour l'imagerie médicale lourde : CT, IRM, SPECT-CT et PET. Ces techniques ont toutes leurs forces et leurs faiblesses. Il n'existe donc pas de technique applicable à toutes les situations de soins. Ce qui constitue une bonne technique d'imagerie pour une pathologie donnée ne l'est pas toujours pour une autre.

Nombre d'appareils pour imagerie médicale lourde (01/01/2023)



En savoir plus ?

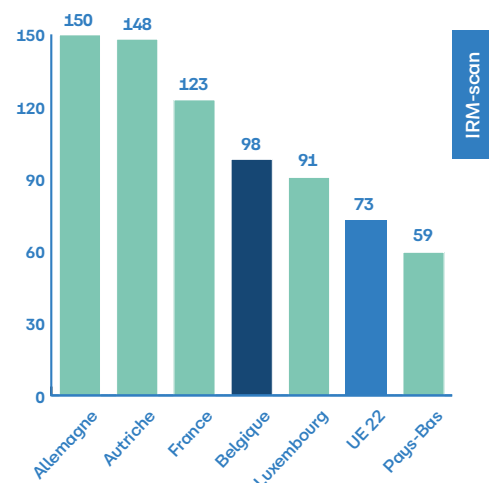
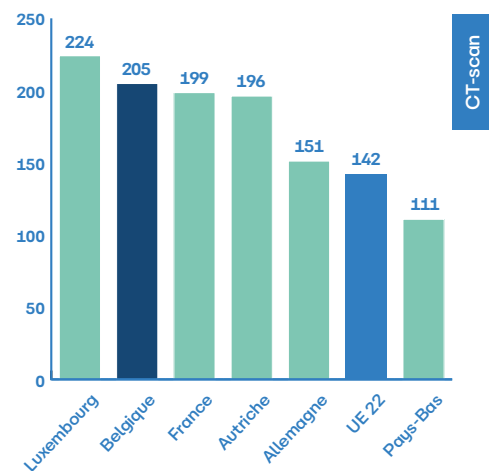
<https://www.health.belgium.be/fr/publications-imagerie-medicate>

Utilisation de l'imagerie médicale en Belgique et en Europe

L'imagerie médicale a permis d'énormes avancées en médecine moderne et joue un rôle de plus en plus important dans notre système de soins de santé. Cependant, toute médaille a son revers : l'utilisation fréquente de techniques telles que la tomodensitométrie entraîne aussi une exposition accrue aux rayonnements ionisants. En comparant le nombre moyen d'examen pour 1 000 habitants dans les pays de l'UE, on s'aperçoit que notre pays est un gros consommateur de CT-scans¹⁸.

En 2019, l'utilisation des CT-scans était environ 40 % plus élevée en Autriche, en France, au Luxembourg et en Belgique que la moyenne des pays européens. Pour les IRM, le nombre d'examen pour 1 000 habitants dans notre pays (98) était sensiblement plus faible qu'en France (123), en Autriche (148) et en Allemagne (150).

Nombre d'examen CT-scans et IRM pour 1 000 habitants en Europe en 2019



Actions visant à améliorer l'utilisation de l'imagerie médicale

Afin de mieux utiliser l'imagerie médicale, notre SPF lance plusieurs actions destinées à la fois aux médecins et au grand public.

Ainsi, l'INAMI, le SPF Santé publique et la Belgian Medical Imaging Platform (BELMIP) collaborent au projet « Prescription Search Support for Radiology » (PSSR). L'objectif de ce projet est d'intégrer des règles de décision fondées sur des données probantes (evidence-based) dans l'environnement de prescription électronique afin d'aider de manière conviviale les médecins à décider si un examen radiologique est nécessaire et, le cas échéant, quelle technique d'imagerie est la plus à même d'aider le patient. Le déploiement de ce projet débutera à l'automne 2024.

Le citoyen est également informé des situations où un scan est inutile. Les cas de maux de dos en sont un exemple. Les CT-scans du bas du dos sont encore trop souvent prescrits alors qu'ils ne sont pas toujours indiqués, ce qui contribue à élever la charge de radiation pour la population et pèse lourdement sur le budget des soins de santé.

Par la campagne « Pas de rayons sans réflexion », nous voulons dissuader les citoyens de faire pression sur le médecin pour qu'il prescrive un examen lorsqu'ils ont mal au dos. De nombreux patients pensent en effet que si un examen n'est pas prescrit, leur plainte est susceptible de ne pas être bien examinée, voire n'est pas prise au sérieux. Ceci aboutit à des examens superflus. La demande du patient découle de son anxiété. Il importe dès lors qu'il sache que même sans imagerie médicale, il est possible d'élaborer un plan d'approche basé sur ce qui aide vraiment, à savoir rester en mouvement. Dans des cas exceptionnels où un examen radiologique est tout de même indiqué, le médecin inscrira toujours cet examen dans le cadre d'un plan de prise en charge plus large. D'où le slogan de la campagne : « Pas de rayons sans réflexion ».

¹⁸ Source : OCDE, Health Statistics 2022; Eurostat Database.



En savoir plus ?

Surfez sur www.pasderayonsansreflexion.be ou informez-vous auprès de votre médecin généraliste ou spécialiste

Dossier patient informatisé

Un dossier patient informatisé (DPI) est un dossier longitudinal regroupant des informations sur l'état de santé d'un patient, complété après un contact avec des acteurs du secteur de la santé. Idéalement, le dossier contient des données de tous les cliniciens impliqués dans les soins d'un patient.

Depuis de nombreuses années, le gouvernement belge reconnaît la nécessité de déployer à grande échelle les DPI pour pouvoir partager aisément les informations entre prestataires de soins et organisations de soins. Un plan d'action « eSanté » belge a été lancé il y a quelques années. L'un des points d'action porte sur le déploiement des DPI au sein des hôpitaux.



Pour en savoir plus sur le plan d'action eSanté :

<https://www.ehealth.fgov.be/fr/page/roadmap-4.0>

L'objectif est de parvenir à un DPI intégré dans lequel :

- des messages entre systèmes sont échangés ;
- différentes fonctions sont implémentées dans un seul système intégré.

Dans tous les cas, les fonctionnalités de base doivent être intégrées et les données doivent être saisies et gérées selon le principe de la source d'origine (original source principle). Autrement dit, les informations ne sont pas dupliquées et sont collectées à la source d'origine.

Le graphique ci-dessous donne un aperçu des fonctionnalités de base et de leur degré d'implémentation en décembre 2022 au sein des hôpitaux généraux.

Déploiement des fonctionnalités de base dans les hôpitaux généraux (%)



Un échange effectif des données est nécessaire pour promouvoir la qualité des soins et pour accélérer la transformation digitale des soins de santé. Ceci est pertinent pour résoudre deux écueils majeurs :

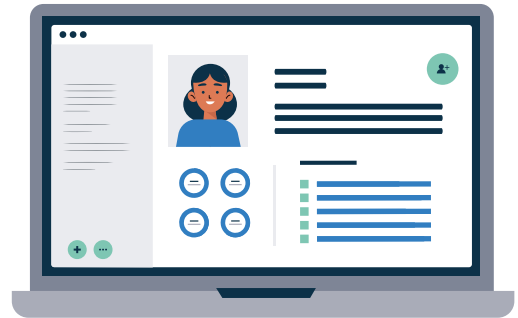
- l'importante charge d'enregistrement pour les prestataires de soins ;
- le manque d'informations auquel les prestataires de soins et les patients sont actuellement confrontés.

En outre, la transformation vers une organisation qui tienne davantage compte des données est cruciale pour permettre des solutions innovantes basées sur l'aide à la décision clinique, le machine learning et l'intelligence artificielle.

Pour favoriser le déploiement des DPI, un programme de stimulation financière a été élaboré. Plusieurs « Belgian Meaningful Use Criteria » (BMUC) y ont été définis en concertation avec les hôpitaux. En juillet 2022, 57 millions € ont été répartis entre les hôpitaux généraux. Le budget a été octroyé en fonction du niveau d'utilisation des différentes fonctionnalités dans le DPI.

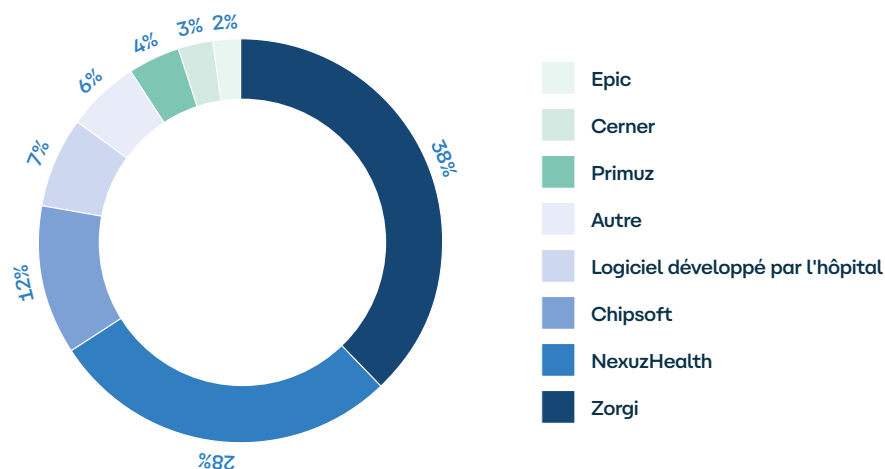
L'extraction, la collecte et la conversion des données en informations précieuses restent à bien des égards un processus long et manuel. Ceci est dû à divers obstacles rencontrés lors de l'échange de données entre systèmes d'information de divers fournisseurs. L'interopérabilité est notamment importante car, dans la pratique, les patients font souvent appel à plusieurs prestataires de soins au cours de leur trajet de soins et l'échange d'informations avec d'autres prestataires de soins est crucial pour un traitement optimal.

Le graphique ci-dessous montre la part relative des différents fournisseurs de logiciels « DPI » en fonction de la taille des hôpitaux¹⁹. Zorgi et Nexuzhealth sont pour l'instant les plus grands fournisseurs, approvisionnant en logiciels les deux tiers du marché.



19 La taille des hôpitaux est déterminée grâce au nombre de lits agréés.

Part des fournisseurs de logiciels des DPI pondérée en fonction de la taille de l'hôpital



Pour en savoir plus sur les initiatives en matière de qualité

- [BeCare Magazine](#)
- [Commission belge de coordination de la politique antibiotique \(BAPCOC\)](#)
 - <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/commissions/bapcoc>
 - <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/influences-de-lenvironnement/hygiene-des-mains>
 - <https://www.ubentingoedehanden.be/fr>
 - <https://www.usagecorrectantibiotiques.be/fr>
- [Soins de développement](#)
- [Initiative hôpital ami des bébés](#)
- [Sécurité des patients](#)
- [Recommandations pour l'usage correct de l'imagerie médicale](#)
- [Belgian Quality in Transfusion \(Be-Quint\)](#)

- www.zorgkwaliteit.be
- www.PAQS.be

- [OCDE](#)
- [Organisation mondiale de la Santé](#)





Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement