

## Préambule

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

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

Ce document s'articule de la manière suivante :

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

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

### SWOT Qualité

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**SWOT Collèges de médecins**

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

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

### Collège des Centres de Traitement de l'Insuffisance rénale chronique

#### Activités

- registre (largement antérieur au Collège)
- indicateurs hémodialyse :
  - pression artérielle
  - taux d'hémoglobine
  - contrôle de l'acidose
  - efficacité de la dialyse
  - traitement de l'eau
  - évaluation de la comorbidité
- soins infirmiers : accès vasculaire en dialyse (groupe de travail soins infirmiers)
- problème de la référence tardive
- diabète et insuffisance rénale
- inscription sur la liste de transplantation

#### SWOT Collège des centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- existence d'un registre</li><li>- petit nombre d'acteurs se connaissant bien entre eux</li><li>- reconnaissance professionnelle d'organes d'évaluation et de leur utilité</li><li>- consensus sur les standards de qualité</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- démarche visant davantage l'évaluation que la promotion de la qualité</li><li>- méfiance vis à vis de l'autorité</li><li>- absence de base de données commune aux deux associations scientifiques « communautaires »</li></ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- possibilité de renforcer le poids de la spécialité</li><li>- perspective de prévention</li><li>- possibilité d'intervention sur les pratiques d'autres spécialités</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- manque de prise en compte des travaux du Collège par l'autorité</li><li>- résistance au changement</li></ul>

## Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Enjeux des différentes disciplines**

## **Enjeux des centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique**

### **1. Introduction**

Les centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale enregistrent depuis longtemps leurs données. A l'origine, le principal objectif du registre était d'inclure les patients des centres belges dans le registre EDTA (European Dialysis Transplant Association), afin de pouvoir participer aux échanges de greffons. Le registre a évolué vers une base de données de description d'activités. Il est également un outil d'explicitation et d'évaluation de la qualité des soins dans les centres. A partir des indicateurs de qualité de fonctionnement, chaque centre connaît son niveau de performance par rapport à la moyenne nationale. Les centres qui réalisent des performances remarquables ou problématiques pourront être interrogés sur leur pratique et leur population de malades.

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

- choix du traitement
- référence tardive des patients vers centre de traitement
- prévention tertiaire

Des questions se posent quant aux critères de choix d'un mode de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale, en termes économiques, cliniques et de qualité de vie. Sur quels critères se basent les choix opérés pour conduire au tableau actuel de l'importance relative de la dialyse péritonéale, de l'hémodialyse et de la transplantation ?

La dialyse péritonéale semble encore être trop peu employée, alors qu'elle assure probablement une meilleure qualité de vie. Le remboursement de cette technique est moins intéressant pour les centres d'une part et d'une autre part l'équipe soignante perd une partie du contrôle puisque par la dialyse péritonéale le patient se prend en charge. La situation actuelle peut-elle être justifiée par les caractéristiques cliniques des patients, et sinon, comment la faire évoluer ?

Une analyse et évaluation critique des pratiques du centre, basé sur les données du registre, permettront d'améliorer les procédures et l'efficacité des traitements.

La prise en charge d'un patient avec une insuffisance rénale chronique par un centre de dialyse se prépare idéalement avec quelques mois d'avance (ex intervention pour la mise en place du shunt artérioveineux). Le néphrologue devrait intervenir plus précocement dans la participation à la prise en charge d'un patient dont la fonction rénale se détériore. D'autant que les moyens de prévention tertiaire (médicaments et stratégies) ont progressé dans certaines situations à risque (diabète, hypertension). On constate qu'encore trop souvent des patients sont référés tardivement vers un centre. L'attitude défensive de certains praticiens est au détriment du patient. Il serait opportun de définir des critères plus précoces pour référer un patient.

Sensibiliser le médecin traitant à intégrer dans la pratique quotidienne la prévention tertiaire du diabète et de l'hypertension artérielle et la prévention primaire de la prise de médicaments néphrotoxiques est nécessaire. Des guides de pratique capables de réduire l'incidence et de retarder l'entrée en insuffisance rénale chronique terminale sont à élaborer.

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

- équilibre entre la demande et l'offre
- inscription des candidats pour greffe rénale sur liste d'attente

Ne pas devoir rationner l'accès aux soins (sur base de critères tels que l'âge ou le type de pathologie, par exemple). On constate que la demande va augmentant (vieillesse de la population, prévalence accrue du diabète). On peut également se demander si le nombre de centres suffit et s'il est adapté aux besoins : hémodialyse pour les patients âgés, autodialyse et dialyse péritonéale pour les plus jeunes.

On constate que l'inscription des patients comme candidats à une greffe rénale n'est pas aussi systématique qu'elle le devrait. Les raisons de cette évolution ne sont pas élucidées: inattention, pénurie de greffons, intensité de suivi moins importante pour les patients greffés. L'amélioration de la sécurité routière semble réduire - heureusement - le nombre de transplants disponibles, ce qui justifie positivement un fléchissement du nombre de patients transplantés, mais pas la réduction du nombre de patients inscrits sur une liste d'attente.

Une réflexion sur cette évolution s'impose pour que partout en Belgique, chaque patient ait la garantie d'être traité de manière équitable en fonction de sa situation et de ses souhaits. Comme ailleurs, le patient qui a besoin de dialyse doit pouvoir devenir acteur de sa propre prise en charge et non plus la subir.

#### 4. Analyse SWOT

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- multidisciplinarité</li><li>- consensus sur les standards de qualité</li><li>- enregistrement des activités</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- isolement vis-à-vis des autres médecins</li><li>- pathologie limitée</li><li>- population de patients fragiles</li></ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- perspectives de prévention</li><li>- possibilité d'intervention sur les pratiques d'autres spécialités</li><li>- possibilité de renforcer le poids de la spécialité</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- demande croissante</li><li>- explosion des coûts</li><li>- restriction arbitraire de l'offre</li></ul>

## Annexe : données

Les données relatives à l'activité des centres de traitement d'insuffisance rénale chronique sont issues de 2 collectes de données différentes, gérées par la société scientifique néerlandophone (NBVN) et francophone (GNFB). Les données sont présentées ci-après.

### Données NBVN (Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie vzw) - année 2000

L'activité totale des 29 centres qui participent à l'enregistrement (prévalence) est la suivante: hémodialyse 1.813 patients, autodialyse 594, dialyse péritonéale 212 et transplant rénal 2.115.

Le nombre de nouveaux patients (incidence) traités dans les centres de traitement d'insuffisance rénale chronique augmente de 4 % par année en moyenne. Cette augmentation s'explique en partie par un meilleur enregistrement.

On remarque certaines tendances au cours de la période d'enregistrement (1993-2000) dans les traitements en fonction de l'âge: augmentation de l'hémodialyse et de l'autodialyse chez les patients de plus de 75 ans. L'âge moyen des patients traités dans ces centres a également augmenté (0,5 an/année), à l'exception de ceux traités par la dialyse péritonéale.

La distribution des cas incidents démontre que le diabète et les affections vasculaires rénales sont les causes les plus importantes d'insuffisance rénale chronique terminale; le nombre de cas est en augmentation. La néphropathie analgésique diminue.

On constate que le nombre de patients référés tardivement vers le néphrologue (< 1 mois entre la première consultation et le début du traitement) est en augmentation. La référence tardive détermine en partie le type de traitement (plus d'hémodialyse) et la survie (meilleure lorsque référence > 6 mois).

### Données GNFB (Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique) - année 2001

L'activité totale des 34 centres qui participent à l'enregistrement (prévalence) est la suivante: hémodialyse 1.931 patients, dialyse péritonéale 185 patients.

Le nombre de nouveaux patients (incidence) traités en 2001 dans les centres de traitement d'insuffisance rénale chronique a augmenté de 6,7 % par rapport à l'année précédente. Le nombre de patients traités par hémodialyse a augmenté de 10,3%, le nombre de dialyses péritonéales a diminué de 9 % et les transplantations ont baissé de 35 %.

### Données des centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique

*Coefficient d'épuration (Kt/V) : mesure l'efficacité de la dialyse*

Objectifs :

- Objectif 1 :  $Kt/V \geq 1,2$  chez  $\geq 60\%$  des patients
- Objectif 2 :  $Kt/V < 0,8$  pour  $< 10\%$  des patients

Résultats :

- Objectif 1 est atteint dans 22 sur 30 centres après 6 ans
- Objectif 2 est atteint par 100 % des centres depuis 1998

Conclusion :

- il faut poursuivre le monitoring
- analyser les caractéristiques des patients et leur évolution pour expliquer ces résultats (centres ayant plus de patients en phase terminale ou ayant des caractéristiques défavorables)

### *Statut hématologique*

Objectif : 11 g/dl < Hb < 12g/dl

Résultat : amélioration globale de 1999 à 2001, 70% des centres atteint ces valeurs

### *Contrôle de la tension artérielle*

Objectif : < 140/90 mm Hg (< 65 ans) et < 160/90 mm Hg (≥ 65 ans)

Résultats : objectif atteint dans 75 % des centres

### *Contrôle de l'acidose*

Objectif : directives nuancées mais convergentes

L'analyse des données disponibles permet également d'interroger le système de santé à un niveau plus général. Ainsi par exemple, ces données montrent que les patients insuffisants rénaux sont référés tardivement aux néphrologues par les autres médecins, et que cette référence tardive influence défavorablement le pronostic de leur affection. Dans le même ordre d'idées, on constate que les patients diabétiques représentent une part considérable des personnes qui entrent en insuffisance rénale terminale, ce qui incite à focaliser davantage l'attention sur cette catégorie de patients.

### Données INAMI 1998

Dans un rapport de l'INAMI (données 1998) la dialyse occupe la première place sur la liste des dépenses médico-techniques : 78,62 millions €. Le coût d'une greffe rénale y est estimé à 5.652,05 €.

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

La présence d'activités dans des centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique est mentionnée dans 62 des 120 hôpitaux aigus (52%).

Les 62 hôpitaux aigus répondent comme suit:

- 90 % mentionnent avoir un service d'hémodialyse pour les patients en insuffisance rénale chronique
- 35 % ont un service de dialyse à domicile
- 63 % ont un service d'autodialyse collective
- 81 % ont des activités de dialyse péritonéale ambulatoire
- 14 % ont une infrastructure pour la dialyse pédiatrique
- 76 % ont un local avec des postes de dialyse réservés à des patients atteints d'une hépatite virale B

Une médiane (percentile 50) est calculée pour l'activité annuelle à partir des réponses au questionnaire :

- 95 patients dialysés au total (réponse de 60/62 hôpitaux)
- 30 nouveaux patients (réponse de 59/62 hôpitaux)
- 11 patients inscrits sur une liste d'attente de transplantation (réponse de 57/62 hôpitaux)
- 72 patients hémodialysés en centre (réponse de 56/62 hôpitaux)
- 25 patients en autodialyse collective (réponse de 37/62 hôpitaux)
- 7 patients en hémodialyse péritonéale (réponse de 47/62 hôpitaux)
- 28 patients suivis dans le service et ayant été transplantés (réponse de 54/62 hôpitaux)

Les activités concernant l'organisation et la gestion des centres se répartissent comme suit :

- 92 % mentionnent avoir en permanence un néphrologue au cours des dialyses hospitalières
- 87 % mentionnent un rapport annuel
- 89 % ont un registre pour le suivi de la qualité
- 92 % évaluent régulièrement la qualité des activités, mais seulement 15 % le font par un audit externe et 74 % par un collègue de pairs

Pour les hôpitaux aigus qui ont répondu (59), le nombre moyen de médecins internistes avec une compétence particulière en néphrologie est de 2,5 ETP (ou 27 onzièmes) et de chirurgiens pratiquant la transplantation rénale 0,4 ETP (ou 4 onzièmes). En moyenne 27,1 ETP de personnel paramédical y sont actifs dont 31 % infirmiers en hémodialyse, 43 % infirmiers gradués, 17 % infirmiers brevetés ou diplômés, et 9 % d'autre personnel de santé.