

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

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

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, rubrique « feedback (Initiatives fédérales qualité dans les hôpitaux belges) ».

SWOT Collèges de médecins

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

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

Collège de Gériatrie

Activités

- évaluation nutritionnelle des patients hospitalisés
- devenir des patients gériatriques admis en urgence
- gestion de l'incontinence du patient gériatrique

SWOT du Collège de gériatrie

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- Evidence Based Medicine, Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)- nouvelle culture médicale, multidisciplinaire, globale, intégrée- société scientifique associée au Collège- motivation- capacité de dialogue	<ul style="list-style-type: none">- manque de gériatres- définition imprécise du patient gériatrique
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none">- éducation et formation généralistes, soignants, spécialistes- programme gériatrique pour patients hospitalisés- recherche (Europe, gouvernement)- existence d'autres Collèges comme interlocuteurs	<ul style="list-style-type: none">- manque de défense professionnelle et de promotion- burnt-out

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 de la gériatrie

1. Introduction

La proportion relative du nombre de personnes âgées et très âgées est en croissance : en l'an 2000, les plus de 60 ans représentaient 22 % de la population ; ils en constitueront 24 % en 2010 et 32 % en 2050. Pour les plus de 80 ans, ils étaient 3,6 % en 2000 et seront 5 % en 2010 et 10 % en 2050.

Il n'existe pas de définition objective ou univoque du patient gériatrique ; l'âge est un critère insuffisant. Le programme de soins de gériatrie se réfère à des concepts flous tels que la polypathologie, la polymédication, homéostasie affaiblie, tendance à être inactif et à rester alité, avec risque accru d'institutionnalisation.

En 1998, les journées d'hospitalisation de personnes de 65 à 75 ans constituaient 21 % de l'activité et 32 % pour les plus de 75 ans.

Actuellement, il y a pratiquement un service G par hôpital général, à part l'une ou l'autre exception. Le nombre de lits G en 2000 était de 6.083 en hôpitaux généraux, 386 en hospitalisation gériatrique isolée.

2. Enjeux organisationnels et médicaux

- définition du patient gériatrique
- évaluation multidisciplinaire
- trajet du patient entre les différentes structures
- hospitalisation de jour
- entourage du patient

La question centrale est donc : qui est le patient gériatrique ? Quelles sont ses caractéristiques spécifiques, pour lesquelles l'action spécifique d'un gériatre est nécessaire ?

Il faut concevoir une procédure de tri des patients pour garantir une orientation adéquate à l'entrée en clinique, mais aussi dans le cadre de la médecine ambulatoire. Selon une série de critères à définir le médecin généraliste ou le gériatre assurerait cette fonction de tri. Une fois le patient hospitalisé et quel que soit le service où il se retrouve, ce sera aux autres spécialités à repérer les patients nécessitant une approche gériatrique et à assurer que les liens avec le service gériatrique soient correctement organisés (définition du gériatre de liaison).

L'évaluation multidisciplinaire du patient gériatrique est fondamentale, très variable d'un patient à l'autre et consomme du temps : existe-t-il un consensus basé sur l'evidence-based medicine en ce qui concerne la procédure d'évaluation et comment prendre en compte cela dans le financement des services ? Existe-t-il des procédures de diagnostic, traitement et préparation à la sortie des patients et quelle en est leur efficacité et efficience ?

Vu la spécificité du patient gériatrique, plus que dans toute autre spécialité, il importe que le trajet du patient entre les différentes structures (en amont, à l'intérieur de l'hôpital et en aval) soit préparé et organisé. Les services gériatriques doivent être intégrés dans un réseau qui fonctionne réellement, et non pas dans le cadre de conventions papiers déposées dans un tiroir. Comment organiser ces réseaux ? Comment les structurer ? Comment les financer ? Sur quel modèle ? Autant de questions qui attendent encore une réponse.

De même que la définition du patient gériatrique est importante en amont, les critères d'orientation de ce patient vers la psychogériatrie et les services de soins palliatifs sont également flous. Or, ces deux spécialités acquièrent une place de plus en plus importante dans le cadre global de la gériatrie, en raison de l'augmentation des démences et de l'augmentation de la fréquence des cancers avec l'âge.

L'hospitalisation de jour reste marginale, alors que ses avantages en gériatrie sont évidents. Comment développer cet aspect du système ?

L'entourage du patient est indispensable pour réaliser une bonne évaluation et une bonne réadaptation : comment le prendre en compte adéquatement à l'hôpital ?

Il faut noter que toutes ces questions sont explicitement prises en compte par le programme de soins gériatrique en préparation.

3. Enjeux éthiques et de santé publique

- évolution démographique
- financement du vieillissement
- globalisation de l'organisation des soins pour personnes âgées

L'évolution démographique (inversion de la pyramide des âges) est en train de modifier la structure et les groupes de pouvoir des sociétés des pays industrialisés. La population professionnellement active va devoir assumer et assurer le financement de notre sécurité sociale. Actuellement le financement du vieillissement est à l'ordre du jour : financement de la pension et des soins de santé et dépendances liés au vieillissement.

Dans ce cadre là, la question se pose de savoir s'il ne faut pas organiser une assurance autonomie au niveau fédéral.

Une autre évolution se voit également avec l'entrée sur le marché de grands groupes financiers qui gèrent des résidences pour personnes âgées. Leur force est de travailler en faisant des économies d'échelle et d'éliminer les maisons de repos inefficaces. Une menace est la globalisation de l'organisation des soins pour les personnes âgées et la position potentielle de monopole dans ce secteur.

4. Analyse SWOT

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- CGA ou Comprehensive Geriatric Assessment (nouvelle culture médicale, globale, multidisciplinaire, intégrée)- CGA associé à la dépendance réduite et à la réduction de l'institutionnalisation- modèle psychosocial plus important que le biomédical- motivation- démographie	<ul style="list-style-type: none">- manque de gériatres, de lieux de formation, d'attractivité- disproportion entre ressources et charge de travail pour le personnel soignant et gériatres- manque d'incitants financiers- manque d'alternatives (hôpital de jour, centres de jour, famille)
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none">- éducation et formation des généralistes, soignants, spécialistes- programme gériatrique pour patients hospitalisés- recherche (Europe, gouvernement)- CGA partenariat avec généralistes	<ul style="list-style-type: none">- manque de professionnalisme (tout le monde fait de la gériatrie)- « mauvaise » gériatrie (cures de jouvence)- monopolisation par les lobbies- burnt-out

Annexe : données

Données du questionnaire Statistiques hospitalières annuelles (2001)

Des 120 hôpitaux aigus, 107 ont un service de gériatrie (89 %) dont :

- 86 % mentionnent disposer de ses propres locaux de réadaptation fonctionnelle
- 87 % ont une consultation à la polyclinique
- 77 % disposent d'un avis multidisciplinaire
- 7 % ont un hôpital gériatrique de jour
- 76 % ont un moyen de transport adapté aux patients gériatriques
- 23 % ont un accord de collaboration avec un autre hôpital pour le programme gériatrie
- 93 % ont une concertation avec les maisons de repos (et de soins) de la région

L'activité médiane annuelle (percentile 50) dans les hôpitaux qui mentionnent avoir un service de gériatrie est la suivante:

- 492 patients hospitalisés (réponse de 69/107 hôpitaux)
- 34 patients ambulants ayant bénéficiés d'une réadaptation (réponse de 15/107 hôpitaux)

Les 9 hôpitaux spécialisés qui mentionnent avoir un service de gériatrie répondent comme suit :

- 78 % mentionnent disposer de ses propres locaux de réadaptation fonctionnelle
- 44 % ont une consultation à la polyclinique
- 44 % disposent d'un avis multidisciplinaire
- 11 % ont un hôpital gériatrique de jour
- 56 % ont un moyen de transport adapté aux patients gériatriques
- 78 % ont un accord de collaboration avec un autre hôpital pour le programme gériatrie
- 100 % ont une concertation avec les maisons de repos (et de soins) de la région

Pour les hôpitaux aigus qui ont répondu, le nombre moyen de médecins ayant une activité en service de gériatrie est de 2,7 ETP (ou 30 onzièmes) dont 53 % sont porteurs d'un titre professionnel particulier en gériatrie. En moyenne 34,0 ETP de personnel paramédical sont actifs en service de gériatrie dont 4 % infirmiers gradués en gériatrie, 25 % infirmiers gradués, 40 % infirmiers brevetés ou diplômés, 4 % de kinésithérapeutes, 4 % d'ergothérapeutes, 1 % de logopèdes, 1 % de psychologues et 21 % d'autre personnel de santé.

Pour les 9 hôpitaux spécialisés qui ont répondu, le nombre moyen de médecins ayant une activité en service de gériatrie est de 3,6 ETP (ou 39 onzièmes) dont 33 % sont porteurs d'un titre professionnel particulier en gériatrie. En moyenne 32,0 ETP de personnel paramédical sont actifs en service de gériatrie dont 3 % infirmiers gradués en gériatrie, 20 % infirmiers gradués, 31 % infirmiers brevetés ou diplômés, 7 % de kinésithérapeutes, 4 % d'ergothérapeutes, 1 % de logopèdes, 1 % de psychologues et 33 % d'autre personnel de santé.

Les activités concernant l'organisation et la gestion de la qualité dans les 107 hôpitaux aigus ayant un service de gériatrie se répartissent comme suit :

- 52 % mentionnent un rapport annuel
- 47 % ont un registre pour le suivi de la qualité
- 77 % évaluent régulièrement la qualité des activités, mais seulement 17 % le font par un audit externe