

## 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 de Radiothérapie

#### Activités

- inventaire des centres
- évaluation du comportement de prescription
- évaluation de processus : contrôles mécaniques et dosimétriques (groupe de travail des physiciens)
- enquêtes par questionnaires : tumeurs bénignes, cancer de l'endomètre, cancer prostatique, brachythérapie, tumeurs cérébrales, tumeurs rectales
- données minimales du dossier en radiothérapie
- oncologie gériatrique
- révision de la nomenclature

#### SWOT du Collège de radiothérapie

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- expérience positive de la peer review</li><li>- légitimité</li><li>- large éventail de pratiques abordé</li><li>- multidisciplinarité</li><li>- approche contrôle qualité des physiciens</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- approche plus descriptive qu'évaluative à ce stade</li><li>- effectifs limités pour alimenter le travail du Collège</li></ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- nouveau statut de la médecine oncologique</li><li>- Collège d'oncologie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- croissance probable de la demande</li><li>- tensions possibles avec autres spécialistes oncologues</li><li>- relations à préciser avec isotopistes</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 en radiothérapie**

### **1. Introduction**

Le traitement d'un patient atteint de cancer requiert une approche multidisciplinaire incluant la radiothérapie. Différentes modalités de traitement par rayons existent : radiothérapie externe, brachythérapie, molécules ionisantes. La chronologie ou la combinaison avec d'autres traitements varie entre autre selon l'organe atteint, le stade clinique et l'âge du patient : radiothérapie seule, radiothérapie adjuvante ou radiothérapie néoadjuvante, radiochimiothérapie etc. Le traitement radiothérapeutique nécessite une infrastructure et un appareillage lourd. Parmi les 120 hôpitaux aigus traitant des patients oncologiques, 26 (22 %) ont un service agréé de radiothérapie. Le traitement radiothérapeutique est effectué par une équipe qui est constituée de radiothérapeutes-oncologues, infirmières spécialisées, techniciens, physiciens.

Bien que la majorité des patients aient un cancer, quelques maladies bénignes sont traités par radiothérapie (ex chéloïdes ou calcification osseuse hétérotopique).

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

- demande en augmentation
- équipe multidisciplinaire
- nombre limité de radiothérapeutes

Le nombre de patients ayant besoin d'un traitement de radiothérapie et les nouvelles indications pour un traitement par rayons auront pour conséquence un recours plus élevé à la profession. Le facteur de risque du cancer le plus important est l'âge. L'âge moyen d'un patient ayant un diagnostic de cancer primitif se situe à 66,8 ans (hommes) et 64,2 ans (femmes). Les conditions sanitaires et hygiéniques et les traitements antibiotiques ont réduit de manière drastique la morbidité et la mortalité infectieuse. Ces 2 facteurs, vieillissement de la population et diminution de la mortalité infectieuse ont pour conséquence entre autre une augmentation du nombre de patients atteints d'un cancer.

La recherche clinique démontre une meilleure efficacité pour certains nouveaux traitements (brachythérapie) ou combinaisons de traitements (radiothérapie adjuvante ou néoadjuvante). Le champ d'application de la radiothérapie s'en trouve augmenté.

La radiothérapie se pratique uniquement en milieu hospitalier puisqu'elle requiert un appareillage lourd. Tout traitement est accompagné par des actes techniques: simulation, dosimétrie, calibrage des appareils. L'équipe de radiothérapie est avant tout une équipe multidisciplinaire : radiothérapeute-oncologue, infirmière spécialisée, technicien, physicien et équipe psychosociale.

Dans le cas particulier du traitement du cancer une approche pluridisciplinaire s'avère nécessaire: une concertation préalable avec les autres spécialistes concernés est indiquée

avant toute instauration de traitement. Le programme de soins en oncologie rendra nécessaire la définition de filières de soins optimales.

Le nombre limité de radiothérapeutes et le nombre restreint de jeunes médecins admis à la spécialisation pourraient devenir problématiques dans le futur.

L'encadrement de l'équipe technique (physicien et techniciens) et paramédicale spécialisée dans le traitement est jugé satisfaisant.

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

- accessibilité des centres de radiothérapie
- recherche clinique

Maintenir l'accès aux soins en gardant l'offre à la hauteur d'une demande qui va probablement aller s'amplifiant est un enjeu. Pour une population âgée dont la mobilité diminue en vieillissant, le transport journalier vers un centre de radiothérapie pourrait s'avérer problématique. Des réseaux de transport seront nécessaires.

Vu les indications médicales très strictes, le risque de traiter des individus qui n'en ont pas besoin est quasiment inexistant.

Les programmes de contrôle de qualité font que les taux d'erreur sont minimes.

La radiothérapie est une spécialité intéressante pour la recherche clinique en oncologie permettant des études de régimes et de modalités thérapeutiques.

#### 4. Analyse SWOT

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- multidisciplinarité équipe</li><li>- large éventail de pathologies</li><li>- contrôle qualité :<ul style="list-style-type: none"><li>- dosimétrie matériel</li><li>- imagerie du positionnement</li></ul></li><li>- technique sûre</li><li>- guidelines</li><li>- recherche clinique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- dépendance d'autres spécialistes</li><li>- équipement coûteux</li></ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- programme de soins</li><li>- nouvelle nomenclature</li><li>- nouvelles techniques</li><li>- nouveaux régimes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- croissance de la demande</li><li>- compétition dans la prise en charge du patient oncologique</li><li>- développement médecine nucléaire</li><li>- autres nouveaux traitements</li></ul>

## **Annexe : données**

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

Il y a 26 hôpitaux qui mentionnent avoir un service de radiothérapie agréé:

- 100 % ont un simulateur CT
- 27 % ont un simulateur CT équipé d'un CT scan
- 50 % ont un accélérateur linéaire de 8 Mev maximum
- 96 % ont un accélérateur linéaire de plus de 8 Mev
- 46 % ont un appareil de cobalt
- 77 % ont un appareil pour la thérapie de surface et de contact
- 27 % ont un appareil de radiothérapie stéréotaxique avec dosimétrie
- 85 % ont un local spécifique pour la curiethérapie
- 73 % ont un appareil avec afterloading dans l'unité de curiethérapie.

Les activités concernant l'organisation et la gestion de la qualité dans les 26 services de radiothérapie agréés se répartissent comme suit :

- 100 % utilisent des coins lors de l'irradiation
- 100 % utilisent des caches et/ou collimateurs multilames lors de l'irradiation
- 88 % utilisent des filtres compensateurs lors de l'irradiation
- 92 % font une vérification systématique des faisceaux par gammagraphie
- 62 % font une vérification systématique des faisceaux par imagerie portale électronique
- 88 % ont un système pour établir le plan de traitement en 2 dimensions
- 100 % ont un système pour établir le plan de traitement en 3 dimensions
- 92 % ont un raccordement direct au CT scan
- 54 % ont un raccordement direct au RMN
- 96 % utilisent systématiquement des masques
- 92 % font une vérification de la dose par dosimétrie in vivo
- 100 % ont une unité de radiothérapie conforme aux dispositions des normes européennes de radioprotection.

Pour les services de radiothérapie agréés, le nombre moyen de médecins est de 3,7 ETP (ou 40,3 onzièmes) dont 95 % sont des radiothérapeutes agréés. En moyenne 17,7 ETP de personnel paramédical ou technique sont actifs en radiothérapie dont 19 % infirmiers en radiothérapie, 36 % infirmiers gradués, 19 % infirmiers brevetés, 7 % autre personnel de santé, 12 % physiciens, 4 % ingénieurs et 3 % techniciens A1 ou A2.