

## 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 le 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 Soins Intensifs

#### Activités

- état des lieux par une enquête de structure
- élaboration d'un dispositif informatisé de collecte de données

#### SWOT du Collège de soins intensifs

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- reconnaissance professionnelle</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- pas de peer review; conflits d'intérêt</li><li>- hétérogénéité des services</li><li>- démarche lente de la part du Collège dans ses réalisations</li></ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- multidisciplinarité: collaboration/communication</li><li>- formation permanente</li><li>- contrôle de qualité</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- exigences de la profession (moins de disponibilité pour activités du Collège)</li><li>- financement</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 de la fonction soins intensifs

### **1. Introduction**

La fonction soins intensifs concerne des services qui assurent la prise en charge de patients en état critique, c'est-à-dire dont les fonctions vitales sont en péril.

Au niveau des institutions de soins la fonction soins intensifs est une fonction impartie aux hôpitaux aigus de la même manière que la prise en charge des urgences. Cette fonction est réglementée dans un cadre légal précis qui détermine les critères de reconnaissance des services sur le plan du matériel et des locaux ainsi que du personnel médical et paramédical. Plusieurs arrêtés royaux ont été publiés en 1999 fixant les critères de reconnaissance de la fonction soins intensifs.

Un hôpital aigu doit donc pouvoir disposer d'une fonction soins intensifs performante et agréée, à la fois pour lui permettre d'assumer le programme de soins auquel il s'engage, mais aussi pour être conforme aux normes que cette offre de soins implique.

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

- prise en charge des patients en état critique
- activités de surveillance, diagnostic et traitement
- critères d'admission et d'orientation des patients
- mise en place d'unités semi-intensives
- transmission de l'information vers médecin traitant et famille du patient

L'unité de soins intensifs (USI) se caractérise par sa capacité de prendre en charge des patients dont l'état nécessite une surveillance particulière et continue ou encore pour lesquels l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement requiert une technologie et un personnel propres à ce type de service.

Le service dispose de moyens de monitoring sur le plan rythmologique, hémodynamique, respiratoire et métabolique qui permettent le suivi de patients nécessitant une surveillance spécifique.

Les activités d'une fonction soins intensifs relèvent de plusieurs domaines : surveillance, diagnostic et traitement.

Une partie des indications de prise en charge USI concerne des patients instables, susceptibles de développer brutalement des complications aiguës, et qui nécessitent un traitement immédiat. Un exemple typique de cette situation est le patient coronarien au stade aigu.

Les patients en période post-opératoire peuvent également nécessiter une prise en charge en USI, soit parce qu'ils viennent de subir une chirurgie lourde, soit parce qu'ils présentent des pathologies associées constituant un risque post opératoire particulier (cardiaque, respiratoire, métabolique...), soit enfin parce que leur état au sortir de la salle d'opération nécessite le recours à des équipements spécifiques (ventilation assistée,...). Il s'agit donc d'optimiser la prise en charge de la période post opératoire et de pallier toute

complication de manière précoce, dans le but de diminuer la morbidité et la mortalité post opératoires.

La réalisation de certains actes techniques, comme par exemple les évaluations hémodynamiques, impliquent l'admission du patient dans le service de soins intensifs, pour des raisons d'équipement ou de savoir-faire du personnel soignant.

Certains traitements spécifiques par leur technicité ou les moyens de suivi qu'ils exigent, ne sont justifiés que dans un service de soins intensifs : par ex. l'épuration rénale aiguë, les assistances gauches, la ventilation invasive ou les techniques d'oxygénation extracorporelle.

L'unité soins intensifs est au service des autres services de l'institution.

D'autre part, étant donné l'obligation réglementaire de disposer d'une USI, l'investissement important requis pour ces services et le coût élevé de la prise en charge de patients qui y séjournent, il importe que ces patients soient bien ceux pour qui ce type d'environnement de soins est nécessaire. Il est donc important d'évaluer le processus de décision d'orientation des malades admis en USI, et la qualité des critères sur lesquels cette décision s'appuie. Le choix de garder ou d'accepter un patient en USI dépend de la disponibilité des lits en soins intensifs et de l'état critique des patients présents ou à admettre. Le cas échéant un patient admis aux urgences et nécessitant des soins intensifs sera transféré vers un autre hôpital, s'il n'y a pas de lits disponibles en USI.

Les unités de soins intensifs concernent des pathologies aiguës et critiques. Elles doivent donc développer des liens privilégiés avec les soins d'urgence spécialisés, notamment en ce qui concerne les critères d'admission.

Une tendance au sein des institutions de soins est la mise en place d'unités semi-intensives comme des unités coronaires ou stroke units avec pour conséquence un transfert de patient vers ces unités et non plus vers le service de soins intensifs. Le choix de diversifier l'USI en unités semi-intensives dépend du volume d'activité du service et de la volonté de certains spécialistes à mettre en place des unités appropriées à certaines pathologies (ex. unité coronaire – stroke unit). L'évaluation de l'efficacité et de l'efficacité de ces 2 types de services (soins intensifs versus unités semi-intensives) permettrait de faire des choix.

La transmission de l'information relative au transfert des patients vers, et surtout depuis l'USI, est d'une importance capitale pour le bon déroulement de la prise en charge tout au long du séjour de chaque patient.

Il est également important dans ce contexte que le médecin traitant ait une vision correcte des spécificités de la fonction, afin de participer à la communication avec l'entourage des patients hospitalisés, et de pouvoir intervenir dans certaines prises de décisions concernant ses patients.

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

- acharnement thérapeutique et euthanasie
- communication avec patient et sa famille
- système de financement – justification des actes effectués
- réflexion sur la mise en place d'unités semi-intensives
- besoins en lits USI

La létalité approche les 10 % dans les services de soins intensifs belges. Tous les problèmes liés à l'acharnement thérapeutique et à la prise en charge à la fin de la vie s'y concentrent. Les conditions légales permettant l'euthanasie ne sont souvent pas remplies puisque le patient est inconscient et est dans l'impossibilité de donner un consentement éclairé.

S'y rencontrent également des problèmes de communication avec le patient et ses proches. L'aspect humain et relationnel est souvent subordonné au risque vital.

Le système de financement actuel d'un lit USI (forfait journalier plus prestations) pourrait favoriser la réalisation d'actes moins justifiables sur le plan de la prise en charge et du traitement.

Comme suggéré plus haut, il conviendrait d'entamer une réflexion au sujet de la tendance dans certaines institutions à mettre en place des unités semi-intensives.

En termes de politique hospitalière, la question reste posée de savoir quel doit être le nombre de lits d'USI en Belgique. Avons-nous trop de lits généraux, trop peu de lits USI ? Ce n'est qu'en évaluant la demande, l'évolution des indications et le devenir des patients, en termes de morbidité, mortalité et qualité de vie, qu'une réponse pourra être obtenue.

#### 4. Analyse SWOT

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- reconnaissance professionnelle</li><li>- prise en charge de pathologies lourdes</li><li>- mortalité, réadmissions acceptables</li><li>- encadrement infirmier spécifique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- dépendance des autres spécialistes</li><li>- dépendance de la nomenclature</li><li>- financement du lit USI</li></ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- multidisciplinarité</li><li>- collaboration – communication</li><li>- confirmer les spécificités</li><li>- surveillance des infections nosocomiales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- lourdeur profession</li><li>- manque de personnel</li><li>- administration croissante</li></ul>

## Annexe : données

Données de l'enquête Collège de soins intensifs (2001) : structure de la fonction soins intensifs en Belgique

Participation : taux de réponse 58 sur 107 (54 %)

Caractéristiques :

- 988 lits USI
- $7,2 \pm 12,1$  lits/USI
- $3,6 \% \pm 1 \%$  de tous les lits hospitaliers (1,63-5,56)
- standards internationaux : 5 %

Activité en soins intensifs : répartition

	2000	2001
- nombre d'admissions	$1.210 \pm 889$	$1.154 \pm 843$
- admissions/lit	$80 \pm 41$	$74 \pm 21$
- durée de séjour		$4 \pm 0,9$
- taux d'occupation		$84 \% \pm 9 \%$ (68-100 %)

partage en sous-unités de  $8,9 \pm 4,4$  lits

répartition des pathologies :

- 54,6 % mixte
- 8,3 % cardiologique
- 7,4 % post chirurgicale
- 6,5 % post chirurgie cardiaque
- 3,2 % pédiatrie

## Données du questionnaire Statistiques hospitalières annuelles (2001)

Des 120 hôpitaux aigus, 115 ont une fonction soins intensifs (96 %) dont :

- 97 % disposent en permanence d'une salle d'opération pour interventions urgentes
- 93 % disposent en permanence d'un service technique biomédical
- 100 % disposent en permanence d'un appareil de radiographie mobile
- 86 % disposent en permanence d'un appareil de dialyse mobile
- 99 % disposent en permanence d'un équipement mobile pour les réanimations internes urgentes

Les valeurs médianes (percentile 50) pour l'équipement sont les suivantes :

- nombre de lits : 12 (réponse de 115/115 hôpitaux)
- nombre de chambres individuelles : 4 (réponse de 95/115 hôpitaux)
- nombre de lits spécifiques aux enfants : 6 (réponse de 14/115 hôpitaux)
- nombre d'appareils pour ventilation artificielle : 10 (réponse de 114/115 hôpitaux)
- nombre d'appareils pour monitoring cardio-vasculaire : 13 (réponse de 108/115 hôpitaux)
- nombre d'appareils de radiographie mobile : 1 (réponse de 115/115 hôpitaux)

Les activités concernant l'organisation et la gestion de la qualité dans les 115 hôpitaux aigus ayant une fonction soins intensifs se répartissent comme suit :

- 65 % mentionnent un rapport annuel
- 92 % ont un enregistrement spécifique pour le suivi de la qualité
- 88 % évaluent régulièrement la qualité des activités, mais seulement 16 % le font par un audit externe et 20 % par un collège de pairs.