

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- responsabilisation- inter et multi disciplinarité- production croissante- banques de données propres- benchmark, win win	<ul style="list-style-type: none">- amélioration de la qualité- EBM, accréditation- comparaisons internationales- nouvelles technologies- trajectoires de soins
Faiblesses (Weaknesses)	Menaces (Threats)
<ul style="list-style-type: none">- investissement temps, coûts- isolement persistant- 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 » ?- 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 Médecine de la Reproduction

Activités

- optimisation de l'enregistrement des données
- objectif clair de réduction du nombre des grossesses multiples
- variabilité de l'efficacité des techniques de procréation médicalement assistée
- complications de la technique
- aspects économiques

SWOT du Collège de médecine de la reproduction

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- organisation bien structurée de l'activité (programmes de soins)- culture d'enregistrement développée- leadership et fonctionnement de groupe adéquats	<ul style="list-style-type: none">- coût de la démarche qualité mise en place
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none">- développement de stratégies de prévention des grossesses multiples et d'optimisation des résultats et des techniques- approche de la problématique des effets secondaires pour les patientes (ex OHSS)- approche du problème des malformations congénitales pour la descendance- convergence d'intérêts santé publique – terrain- objectif qualité bien défini	<ul style="list-style-type: none">- incertitudes quant au financement de l'enregistrement mis en place

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

1. Introduction

L’OMS considère comme infertile un couple qui, au bout de 2 ans de relations sexuelles infécondes, sans contraception, ni intervention médicale, n’a pas conçu. Dans la pratique, les gynécologues des pays développés ont réduit ce délai à 1 an, voire à 6 mois. Dans nos pays, la prévalence de l’infertilité semble être restée stable au cours des dernières années, même si chaque année davantage de couples ont recours aux techniques d’assistance à la procréation. Les prédictions futures, basées sur une étude américaine (Stephen EH. Projections of impaired fecundity among women in the United States: 1995-2025. *Fertil Steril* 1998; 70: 807-830), prévoient une légère augmentation du nombre de femmes infertiles, en raison surtout de grossesses relativement tardives dans la population de femmes actives sur le plan professionnel. D’autres observations, comme celles de la diminution au cours des dernières années de la production de spermatozoïdes, ont amené la communauté scientifique à reconnaître l’impact de facteurs environnementaux et occupationnels sur la fertilité masculine (rôle des pesticides, du tabac, par exemple). Des aspects génétiques de l’infertilité masculine ont également été identifiés. Parallèlement le rôle étiologique des affections inflammatoires du tractus génital (en particulier des infections à Chlamydia chez la femme), a été bien démontré comme facteur de stérilité tubaire. Dans ce domaine, des mesures de prévention pourraient avoir un effet favorable sur la prévalence de la stérilité d’origine tubaire.

Une programmation visant à optimiser la qualité de la prise en charge et des traitements dans la spécialité, maîtriser les coûts des techniques employées pour la collectivité, garantir une accessibilité équitable à ce type de traitement dans le cadre d’une couverture sociale équilibrée des soins médicaux, et enfin respecter la liberté de choix du centre dans le chef des personnes traitées existe en Belgique depuis 1999.

Les critères d’agrément pour les centres qui pratiquent la procréation médicalement assistée ont donc été publiés sous forme de programmes de soins en médecine de la reproduction A et B (AR du 15 février 1999 paru au Moniteur Belge le 25.03.1999).

18 programmes de type B (tous les actes de médecine de reproduction sont prestés y compris laboratoires FIV) et 15 programmes de types A sont reconnus à ce jour.

Pour qu’ils soient agréés, les programmes de soins “médecine de la reproduction” A et B (AM 25.03.1999) doivent procéder à une évaluation interne et faire procéder à une évaluation externe de la qualité de l’activité médicale qu’ils développent. L’organisation de l’enregistrement des données nécessaires à cette évaluation est confiée par AR au Collège.

2. Enjeux organisationnels et médicaux

- prise en charge basée sur les codes de bonne pratique clinique et déontologique
- accessibilité
- prévention des « Pelvic Inflammatory Diseases »
- réseau de soins en médecine de la reproduction

Sur le plan de l'organisation médicale de la discipline, il convient de contrôler les activités proposées de manière à pouvoir garantir aux patients une prise en charge et des traitements de l'infertilité compatibles avec les avancées de la science et les codes de bonne pratique clinique et déontologique existant en la matière.

Sont concernés, à titre non exhaustif:

- la démarche de mise au point des problèmes d'infertilité, le diagnostic et les indications des différents traitements ;
- l'efficacité des traitements proposés, mesurable en terme d'incidence de naissance bien portante par tentative de grossesse (soit par cycle de stimulation en cas de FIV) ;
- la fiabilité des traitements en terme d'effets secondaires physiques et psychologiques à court et à long terme chez la patiente (ex OHS, néoplasie de l'ovaire) ou au niveau du couple ;
- l'implication des traitements au niveau de la santé et du bien-être de l'enfant à naître (ex sur le plan physique: évaluation des risques éventuels de malformations congénitales, de prématurité en cas de grossesses multiples, d'infertilité à long terme; sur le plan psychologique et du développement, retentissements des naissances multiples, mais aussi cas particuliers des couples de parents homosexuels, problématique de la filiation en cas d'IAD, de mère porteuse, d'insémination post-décès du géniteur etc.).

Une accessibilité équitable à ce type de traitement dans le cadre d'une couverture sociale équilibrée des soins médicaux doit être garantie de manière à éviter les exploitations commerciales de ces techniques.

Des campagnes de prévention des "Pelvic Inflammatory Diseases" sont nécessaires.

Dans le futur, le développement d'un véritable réseau de soins en médecine de la reproduction, réalisé au départ des programmes A et B existants, mais étendu aux gynécologues-obstétriciens, voire aux médecins-généralistes ayant des activités dans le domaine de la médecine de la reproduction pourrait être envisagé. La constitution de ce réseau permettrait de garantir une homogénéité et une qualité optimale de l'ensemble des prises en charges dans le domaine.

3. Enjeux éthiques et de santé publique

- adapter la législation
- prévention de l'infertilité féminine
- prévention de l'infertilité masculine

Au niveau de la société, il convient d'engager un débat et d'adapter pas à pas la législation dans l'optique de:

- garantir le bien être et les droits de l'enfant conçu par les techniques d'assistance médicale à la procréation ;
- empêcher les tentatives de commercialisation du corps humain ou de produits issus du corps humain (ex ovocytes, spermatozoïdes) ;
- défendre le respect de la dignité humaine et de la personne de l'embryon (ex devenir des embryons surnuméraires) ;
- limiter les risques pour la société auxquels l'utilisation "sauvage" de ces techniques peuvent mener (ex eugénisme, clonage thérapeutique). Tout en gardant, dans un cadre déterminé, des possibilités de recherche susceptible d'avoir un impact positif sur la société (ex diagnostic préimplantatoire en cas de maladie génétique avérée dans la famille, potentialités thérapeutiques des cellules souches en cas d'aplasie médullaire, dans les maladies neuro-dégénératives...).

L'implémentation d'une politique de prévention de l'infertilité viserait également à éduquer la population sur les aléas des grossesses tardives. Abaisser l'âge de la première grossesse est un facteur important. Des mesures visant à protéger la femme pendant la grossesse et le post-partum du retentissement défavorable éventuel de ces événements au niveau de sa carrière (mesures de compensation pour l'employeur, par exemple, remplacement obligatoire en cas de congé de grossesse). Il conviendrait également d'introduire la possibilité de partage des tâches éducatives et des devoirs vis à vis l'enfant entre les conjoints (cf. congé parental, congés pour maladie d'enfant, droit de garde de l'enfant en cas de divorce etc.).

La prévention de l'infertilité masculine conduirait à prendre des mesures au niveau de l'environnement (tabagisme, exposition aux pesticides par exemple) et de l'environnement professionnel.

4. Analyse SWOT

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- organisation bien structurée de l'activité (programme de soins)- bons résultats des techniques employées en Belgique	<ul style="list-style-type: none">- incidence des grossesses multiples- accessibilité financière des techniques
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none">- développement de stratégies de prévention des grossesses multiples- optimisation des techniques et des résultats	<ul style="list-style-type: none">- explosion des coûts pour la collectivité- indécision concernant la politique des embryons surnuméraires- risques iatrogènes (OHS, cancer ovaire)- stress familial suite au traitement- approche du problème des malformations congénitales pour la descendance- rôle de la famille traditionnelle- droit de l'enfant à connaître ses origines

Annexe : données

Environ 100.000 naissances par an en Belgique.

Données Belrap 2000-2001

- 10.000 cycles de fécondation in vitro enregistrés
- indications du traitement : stérilité tubaire (9 %), endométriose (3 %), autres indications féminines (11 %), stérilité masculine (39 %), stérilité combinée (29 %), raison inconnue (9 %)
- 10 % des cycles échouent ou sont abandonnés (pas de transfert embryonnaire)
- technique employée : 1/3 IVF classique, 2/3 ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection)
- grossesses évolutives : 18,8 % par cycle ou 22,2 % par transfert d'embryon(s)
- 2.141 naissances annuelles (2 % des naissances totales)
- complications : totalité 2,6 % dont OHS (Ovary Hyperstimulation Syndrome) (1,4 %), infection (0,1 %), accident vasculaire (0,06 %), autres (1 %)
- grossesses :
 - 76 % grossesses uniques ou 1.302 nouveau-nés (durée moyenne grossesse 38,4 semaines, poids moyen à la naissance 3.187 g)
 - 23 % grossesses gémellaires ou 800 nouveau-nés (durée moyenne grossesse 35,5 semaines, poids moyen à la naissance 2.400 g)
 - 1 % grossesses triplées ou 39 nouveau-nés (durée moyenne grossesse 32 semaines, poids moyen à la naissance 1.600 g)
- accouchements: 38 % césariennes
- accouchements avant terme : 8,8 %
- enfants avec malformation(s) congénitale(s) : 3,8 %