

Développement de la qualité en médecine générale en Belgique

Regard sur quelques dispositifs

Marianne Prévost,
sociologue, service
Espace promotion
santé et qualité de
la Fédération des
maisons médicales.

1. Voir article de
Benjamin Fauquert
dans ce dossier.

2. Dossiers
individuels
informatisés,
profils médicaux
et de prescription,
réseaux de médecins
vigie, registres
de pathologies
spécifiques,
statistiques de santé
publique, etc.

3. www.inami.fgov.be

Mots clés : assurance de qualité, critères, efficacité, évaluation, médecine générale, organisation des soins, qualité des soins, politique de santé, soins de santé.

.....

La profession médicale est largement scrutée en Belgique, à la fois dans un but d'évaluation et de développement de la qualité des soins. Le dispositif mis en place est d'autant plus complexe qu'il relève à la fois des compétences communautaires et régionales, et de l'autorité fédérale. Nous en évoquons ici quelques éléments, ainsi que certaines réactions qu'ils suscitent.

.....

Le souci d'un regard extérieur sur la pratique médicale s'est fortement développé depuis une trentaine d'années, sous l'impulsion de trois des acteurs du système de santé : les patients, les décideurs politiques et les organismes assureurs payeurs. Au-delà de la qualité des soins, objectif premier de leur démarche, ces acteurs intègrent aussi une préoccupation économique : il s'agit d'orienter les budgets de manière rationnelle pour préserver un système de solidarité, notamment en limitant la surconsommation des soins induite par certaines pratiques. Le quatrième acteur (les dispensateurs de soins) a rejoint le processus un peu plus tardivement, mais s'y est inséré très positivement actuellement.

Le souci d'un regard extérieur vient également de la recherche scientifique :

- le développement de l'*Evidence based Medicine* (EBM)¹ a permis de définir des références scientifiques en termes de qualité des pratiques ;
- les recueils de données sanitaires, d'une qualité croissante depuis une trentaine d'années², montrent que les pratiques en vigueur pour traiter une même pathologie sont très variables, s'écartant parfois sensiblement des critères internationaux de bonne pratique, pour des raisons qu'il convient d'identifier.

C'est aussi le développement des pratiques pluridisciplinaires, de groupe, de coordination entre niveaux de soins qui change la donne : ces pratiques nécessitent l'utilisation d'outils communs, et le partage d'informations. Enfin, l'enseignement donne progressivement plus de place, depuis les années 80, à l'apprentissage du savoir-faire et du savoir être, dans lequel l'observation et l'évaluation de soi et de l'autre sont des éléments fondamentaux.

L'INAMI : un acteur central

C'est essentiellement à partir de l'INAMI qu'est observée la pratique médicale, à travers de multiples services et commissions composées d'acteurs différents représentant globalement les pôles évoqués ci-dessus (en fait, les usagers sont rarement représentés). A côté de ses préoccupations budgétaires, cette institution s'implique aussi dans la qualité des soins (ce qui n'est bien sûr pas contradictoire).

Parmi l'ensemble de ses très nombreuses activités, l'INAMI contrôle, au niveau individuel, les abus de liberté diagnostique et thérapeutique via le service d'évaluation et de contrôle médical (SECM) ; la commission Profils, elle, examine la prescription individuelle et mène une action préventive et éducative à l'égard des dispensateurs et/ou prescripteurs induisant des dépenses importantes.

Des mécanismes collectifs sont par ailleurs mis en place pour soutenir l'information, la formation continuée et l'échange d'expériences entre praticiens : il s'agit de favoriser, plutôt que de contrôler, une amélioration générale de la qualité de la qualité des soins.

Ainsi, le Conseil scientifique de l'INAMI fait « toutes les suggestions possibles afin de mettre le progrès scientifique à la portée des bénéficiaires de l'assurance soins de santé, dans les conditions les meilleures d'efficacité, d'économie et de qualité et formule des avis et recommandations sur la nomenclature des prestations de santé³. »

Au sein de ce Conseil, le comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments (CEM) donne des recommandations et conseils



Développement de la qualité

sous forme très interactive aux dispensateurs de soins, aux organismes assureurs et aux citoyens. Tandis que le Comité consultatif en matière de dispensation des soins pour des maladies chroniques et des pathologies spécifiques étudie de façon pluridisciplinaire la prise en charge des maladies chroniques, sous l'angle de l'accessibilité et de la qualité. Ce travail a, par exemple, abouti au passeport puis au trajet de soins pour la prise en charge des patients diabétiques. Ou encore, à la recommandation d'une meilleure formation des médecins et de centres pluridisciplinaires pour la prise en charge de la douleur.

Implication des médecins

Une autre politique d'incitation à la qualité, c'est le mécanisme de l'accréditation, système réglé par différents accords médico-mutuellistes depuis 1993⁴, après des années de négociations. L'accréditation n'est pas obligatoire : simplement, le médecin est mieux rémunéré s'il est accrédité. Pour être accrédité, un médecin généraliste doit :

- tenir un dossier médical par patient et assurer l'échange de données avec les autres médecins traitant ce patient,
- réaliser au moins 1250 contacts/patients par an ;
- participer à un certain nombre de formations dont un comité de l'INAMI apprécie la conformité à certains critères ;
- participer à un Groupe local d'évaluation médicale (GLEM) (voir plus loin), système créé en 1997⁵ et chargé d'organiser un « examen critique par des médecins de la qualité de leurs prestations des soins et, lorsqu'il existe des critères objectifs et représentatifs d'une pratique acceptable et adéquate, une évaluation de leur performance par rapport à ces critères ». Ces groupes sont notamment chargés d'évaluer les profils de prescription fournis par l'INAMI.

Le Centre national pour la promotion de la qualité (CNPQ)

Le Centre national pour la promotion de la qualité (CNPQ)⁶ a été créé en 2001 au sein du service des soins de santé de l'INAMI. Il est composé de quatre groupes : médecins généralistes et spécialistes, universités et organisations scientifiques médicales,

organismes assureurs, ministre des Affaires sociales et ministre de la Santé. Ce Centre est chargé de différentes missions destinées à développer la qualité⁷ : il développe, par exemple, des recommandations pour une bonne utilisation du Dossier médical global et pour la promotion du travail en équipe. Il gère aussi les « feed back » : ce sont des analyses de certains aspects de la pratique (dépistage du cancer du sein, prescription d'antibiotiques, de médicaments génériques ...) accompagnées de recommandations et envoyées aux médecins pour susciter leur réflexion, notamment dans les GLEM. C'est aussi le CNPQ qui gère le système de ces groupes.

Le CNPQ organise par ailleurs depuis 5 ans, en collaboration avec les deux sociétés scientifiques de médecine générale (Société scientifique de médecine générale SSMG et Domus Medica), le « Quality Award » ; ce concours récompense des réalisations constituant un progrès de la médecine générale en matière de qualité des soins (le prix est financé par l'INAMI). Les critères d'évaluation sont l'originalité, la simplicité du modèle, la facilité d'implémentation et de développement, la preuve d'un impact sur la pratique.

4. 11/12/93, 11/12/95, 17/2/97, 22/5/2000 et 6/11/2000.

5. La loi « pax medica », art.3, du 10 décembre 1997)

6. Instauré par les accords médico-mutuelliste du 22 mai et 6 novembre 2000

7. Arrêté royal du 13 juillet 2001



Le KCE, un centre d'expertise indépendant

Un Centre fédéral d'expertise des soins de santé a été créé en 2002: le KCE. Cet organisme d'intérêt public est indépendant ; son rôle est de mener des travaux scientifiques sur base desquels il formule des recommandations à l'égard des décideurs. Les membres du KCE appartiennent à diverses disciplines (médecine, économie, sociologie, droit, statistique, analyse de données, gestion des connaissances...), et collaborent avec des experts externes.

Le CNPQ aide les pouvoirs politiques à prendre des décisions permettant d'utiliser au mieux les moyens budgétaires disponibles, avec comme soucis premiers de garantir la plus grande accessibilité à tous les usagers et de préserver le plus haut niveau de qualité des soins de santé. Dans son bureau directeur, sont représentés la plupart des acteurs prenant part aux soins de santé (ministère des Affaires sociales et de la Santé publique, INAMI, Agence intermutualiste, associations de patients, universités, Institut de santé publique, ...). Différents points de vue – parfois contradictoires – sont donc pris en compte dans les recommandations formulées.

Les études réalisées concernent trois domaines : la formulation de « bonnes pratiques cliniques », l'évaluation des technologies médicales et des médicaments, l'étude de l'organisation et du financement des systèmes de soins. Quelques exemples pour ce dernier aspect : l'organisation des services de santé mentale pour enfants et adolescents, la simplification des mécanismes de participation financière des patients aux soins, le processus d'implication des relais dans le suivi des recommandations du KCE...⁸

Collaborations

Le KCE et l'Institut de santé publique (ISP) ont récemment collaboré pour réaliser une étude pilote soutenue par l'INAMI : il s'agissait d'établir un modèle d'analyse permettant à évaluer les performances du système de santé, d'examiner

la faisabilité de ce modèle et de définir des indicateurs adéquats.

Soulignons qu'il faut ici comprendre le terme « performance » selon l'ancien français « parformer », ou l'anglais « to perform » : accomplir, réaliser des tâches, sans connotation de compétition, de jugement souvent associé à ce terme dans le langage courant.

Les dimensions considérées dépassent la qualité des soins proprement dite, portant sur l'accessibilité, l'efficacité, la durabilité, l'équité du système. La qualité proprement dite est elle-même subdivisée en 5 sous-dimensions : l'efficacité, l'adéquation (soins appropriés), la sécurité, la centralité du patient, la continuité.

L'équipe de recherche a examiné soigneusement ce qui se fait dans des pays plus avancés en la matière, comme le Royaume-Uni et les Pays-Bas. Elle a compilé les indicateurs utilisés au niveau international (plus de 300) et en a sélectionnés 55 qu'elle a appliqués ensuite aux données disponibles via l'INAMI (ce qui n'a pas toujours été possible, par insuffisance de certaines données utiles). Une limite de ce travail est qu'il se fonde essentiellement sur les données de remboursement (tout ce qui n'est pas remboursé est donc ignoré), mais il fournit toutefois des pistes de réflexion utiles.

Les résultats de cette étude ont fait l'objet, en 2010, d'un rapport intitulé : « Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge »⁹, assorti d'une version plus légère destinée à une large diffusion¹⁰.

Plus récemment, le CNPQ a analysé, dans la foulée de cette étude pilote, la performance en médecine générale avec son groupe « Médecine générale » et des experts bénévoles. Il en est ressorti un « Bilan de santé de la médecine générale » publié en 2012¹¹.

L'objectif de ces travaux est de « lancer des signaux », en indiquant les points forts et les points faibles du système afin de réfléchir aux améliorations possibles. Le CNPQ précise ainsi que « L'INAMI souhaite traduire la pratique

8. *Rapports 2012, accessibles sur le site du KCE, www.kce.fgov.be*

9. *Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, Vinck I, Denis A, Meeus P, Van Oyen H, Leonard C. Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé*

(KCE). 2010. *KCE Reports 128B. D/2010/10.273/26.*

10. *Brochure est disponible sur le site internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus? > Etudes*

& recherches.

11. *Meeus P, Van Aubel X. Performance de la médecine générale, bilan de santé. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). 2012. D/2012/0401/11*



des médecins généralistes en indicateurs lisibles et mettre à leur disposition des informations correctes et pertinentes. L'objectif est d'inciter les médecins généralistes à la réflexion concernant leur performance en tant que groupe (GLEM, cercle, etc.) et dans leur pratique personnelle ».¹²

Le CNPQ définit une médecine générale performante comme étant : « accessible, acceptable, exercée par des médecins qualifiés, ouverts aux évolutions de la médecine moderne, sensibles à la multidisciplinarité et à la gestion informatisée de l'information, ayant le souci de la pérennité du système ».

L'équilibre entre ces concepts est schématisé sous forme d'un « balanced scorecard » en trois axes. Chaque axe met l'accent sur une exigence fondamentale liée aux valeurs du système de santé :

- Focus sur le patient, c'est-à-dire qu'il faut offrir une réponse durable aux besoins de santé et de proximité de la population : accessibilité géographique et financière, empowerment du patient, satisfaction, continuité et intégration des soins ;
- Prise en charge appropriée : de qualité, sûre et efficiente ;
- Capacité suffisante et professionnalisme : il faut un nombre adéquat de médecins compétents et motivés.

Chaque axe est ensuite divisé en thématiques ; au total, il y en a 22. Par exemple, pour répondre à la question : « La médecine générale répond-elle aux besoins de santé et de proximité de la population ? », 5 thématiques sont définies : la satisfaction des patients, le report de soins, la fréquentation et le type de contacts chez le médecin généraliste, l'utilisation de la première ligne de soins, la fidélisation des patients chez un médecin généraliste.

La qualité des soins est, pour sa part, analysée à travers les thématiques suivantes : prévention, dépistage, mise au point diagnostique, prescription thérapeutique, suivi des patients chroniques.

Le but, c'est le chemin...

On le voit à travers ce bref survol, la qualité des soins en Belgique ne repose pas que sur le contrôle - bien que cette dimension existe clairement -, mais aussi sur le soutien et l'incitation au questionnement. Toutefois l'INAMI ne communique pas toujours de manière suffisante sur les objectifs de certaines mesures, et semble avoir parfois un peu confondu contrôle et évaluation... Il existe donc des craintes ou du rejet de la part des médecins généralistes - par ailleurs peu enclins à voir leurs pratiques scrutées et éventuellement contrariées par une intervention extérieure.

Certains observateurs estimaient cependant, en 2002,¹³ que « jusqu'ici réticent à toute forme d'évaluation extérieure de ses pratiques, le monde médical semble aujourd'hui plus enclin à une forme de partenariat avec les pouvoirs publics et les autres acteurs du système de santé ». Ce changement reste modeste, entre autres parce que, si les médecins sont prêts à changer certaines pratiques, ils sont aussi demandeurs d'outils leur permettant d'évoluer sans trop alourdir leur travail, qui est de plus en plus lourd.

Un autre facteur important dans les résistances constatées, c'est le poids de l'industrie pharmaceutique. En effet, les démarches de qualité contredisent souvent la promotion de médicaments inutiles, trop chers, voire nocifs, appuyée par des recherches « scientifiques » téléguidées ; dès lors l'industrie pharmaceutique tend à accentuer les résistances et à obscurcir les débats, soutenant le primat de la « liberté thérapeutique », la nécessité d'une non ingérence de l'Etat et le sentiment de toute puissance des médecins. Elle dispose malheureusement d'énormes budgets, et aussi de soutiens à l'intérieur même de la profession - notamment via certaines revues médicales largement financées grâce à la publicité.

Les tenants de la qualité des soins ont donc encore de beaux jours devant eux... ●

12. Précisons toutefois que certains points de l'analyse dépassent la pratique personnelle des médecins, comme par exemple les données concernant la démographie médicale ou certains aspects de l'accessibilité

13. « L'évaluation de la qualité des soins en Belgique » - Catherine Lucet et Jean-Marc Laasman - Santé conjugulée n°21, juillet 2002.