

2^E PARTIE

10 ans d'accréditation des médecins

I. Dix ans d'accréditation des médecins

1. INTRODUCTION

“Afin de contribuer à la sélection des meilleurs soins et de garantir les meilleures conditions de coût, un effort particulier doit être entrepris en faveur d'une promotion tant de la qualité et de l'économie des soins que de la qualité et de l'efficacité des rapports des médecins entre eux, à travers un échange d'informations concernant le patient, et une complémentarité de leur spécificité médicale qui doit notamment éviter la répétition inutile d'actes techniques. Un élément essentiel de la promotion de la qualité réside dans la formation continue du médecin”.

Par cette déclaration, la Commission nationale médico-mutualiste lançait l'accréditation des médecins, dans l'accord national du 13 décembre 1993 ¹.

Cet exposé examine la signification de l'accréditation pour les médecins eux-mêmes (point 2.), mais également pour les patients (point 3.) et pour l'assurance soins de santé (point 4.). C'est à dessein que la structure ² qui maîtrise et gère le système d'accréditation ne sera pas abordée: cette structure est bien entendu importante, mais elle ne constitue qu'un moyen pour réaliser l'objectif de la promotion de la qualité et, en ce sens, n'est pas essentielle pour avoir un aperçu du système. Mais il est important de savoir que cette structure est principalement, si pas exclusivement, composée de volontaires des organisations de médecins, des facultés de médecine, d'associations scientifiques médicales, des organismes assureurs et de l'INAMI. Afin d'améliorer sa lisibilité, cette étude n'est pas un aperçu purement chronologique de l'évolution du système, mais bien une approche thématique qui se concentre sur les changements les plus importants qui se sont produits ces 10 dernières années.

L'accréditation est constituée de 2 piliers:

- la formation continue
- les Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) qui organisent la réflexion de groupe entre pairs, le 'peer review'.

2. LE MÉDECIN ET L'ACCREDITATION

a. Aperçu

Les accords nationaux médico-mutualistes règlent les conditions d'accréditation qui distinguent les médecins débutants (point b.), des médecins généralistes établis (point c.) et des médecins spécialistes établis (point d.). Le médecin qui satisfait aux conditions d'accréditation peut compter sur certains avantages (point e.). Le point f. examine combien de médecins participent au système. En effet, une des caractéristiques les plus importantes de l'accréditation est qu'il s'agit d'un système qui fonctionne sur une base volontaire: le médecin décide s'il y collabore ou pas.

b. Conditions pour médecins débutants

Le médecin agréé par le SPF Santé publique (ex Ministère) comme médecin généraliste ou médecin spécialiste est accrédité provisoirement pour un an:

- s'il introduit une demande à cet effet auprès du Groupe de direction de l'accréditation (organe central d'accréditation instauré auprès du Service des soins de santé (SSS) au sein duquel les médecins, les organismes assureurs et le monde scientifique médical sont représentés) et,
- prouve qu'il est inscrit dans un GLEM.

1. Publié au Moniteur belge du 5 janvier 1994

2. Pour les structures de l'accréditation, voir rapport annuel 2001, pp. 37-38

Les GLEM ont été conçus en 1995 et fonctionnent depuis 1997. Pour une même discipline, ils comptent 8 membres au minimum et 25 au maximum.

c. Conditions pour médecins généralistes établis

Le médecin qui introduit une demande à cet effet peut être accrédité pour une période de 3 ans.

- ◉ Dans la demande, le médecin déclare:
 - ◉ tenir à jour un dossier médical par patient et toutes les données de ce dossier qui sont utiles pour la fixation du diagnostic et du traitement. Il les échange avec tout autre médecin consulté par le patient et/ou qui soigne le patient
 - ◉ exercer une activité principale comme médecin généraliste et assurer la continuité effective des soins
 - ◉ atteindre, lors de l'année civile précédente, un seuil d'activité de 5 contacts en moyenne et au minimum par jour ouvrable (consultations et visites: 1 250 par an). Une exception est faite s'il s'agit de jeunes médecins dans les 4 premières années de leur pratique (ceux-ci ne doivent pas atteindre le seuil de 1 250 consultations et visites par an)
 - ◉ ne pas avoir reçu de remarques répétées sur la base de constatations de la Commission compétente en matière d'évaluation des profils médicaux. Ces constatations concernent la prescription et l'exécution de prestations diagnostiques et thérapeutiques selon les critères fixés par la Commission
 - ◉ collaborer à des initiatives d'évaluation de la qualité, organisées par des collègues.

La demande mentionne également le siège de la pratique (ou des pratiques) et la durée de l'activité principale.

- ◉ Durant la période d'accréditation, le médecin généraliste doit obtenir 200 unités de formation complémentaire (UFC) en 12 mois. La règle prévoit que 10 unités maximum sont attribuées par heure de formation continue. Parmi ces 200 unités, 30 doivent concerner le domaine 'éthique et économie'.
- ◉ Par période de 12 mois, le médecin généraliste doit participer 2 fois au moins à la réunion du GLEM au sein duquel il est inscrit: il reçoit également pour cela 10 unités par heure de participation avec un maximum de 20 unités par réunion et de 80 unités par an. Ces unités acquises dans les peer reviews comptent pour la réalisation des 200 UFC.
- ◉ Le médecin généraliste peut obtenir une nouvelle période d'accréditation de 3 ans en introduisant, 2 mois avant la fin de la période en cours, une demande de prolongation. Le médecin généraliste doit avoir effectué 600 unités sur les 3 ans qui précèdent.

d. Conditions pour les médecins spécialistes établis

- ◉ En ce qui concerne la formation continue et le peer review, les règles prévues pour les médecins généralistes sont également valables pour les médecins spécialistes. Et, de même, pour la prolongation.
- ◉ La situation spécifique de travail des médecins spécialistes se traduit par l'adaptation de certaines conditions.

Ainsi, le médecin spécialiste ne doit pas déclarer qu'il tient à jour un dossier médical, mais bien qu'il transmettra au médecin généraliste toutes les informations utiles du dossier du patient.

Ensuite, le seuil d'activité est formulé de manière adaptée pour de nombreuses spécialités. Ces divers seuils sont le résultat d'un calcul qui a la même base (percentile) pour toutes les spécialités.

e. Avantages pour les médecins accrédités

Les médecins (médecins généralistes ou médecins spécialistes) qui répondent aux conditions d'accréditation reçoivent de l'INAMI des honoraires forfaitaires d'accréditation qui, en 2004, s'élèvent à 535,05 EUR.

Cependant, ces médecins, peuvent également demander au bénéficiaire des honoraires plus élevés pour un certain nombre de prestations très courantes (principalement les consultations).

Ces honoraires modulés existent depuis le 1^{er} septembre 1995 et, au 1^{er} janvier 2004, montrent entre autres les différences d'honoraires suivantes entre les médecins accrédités et non accrédités:

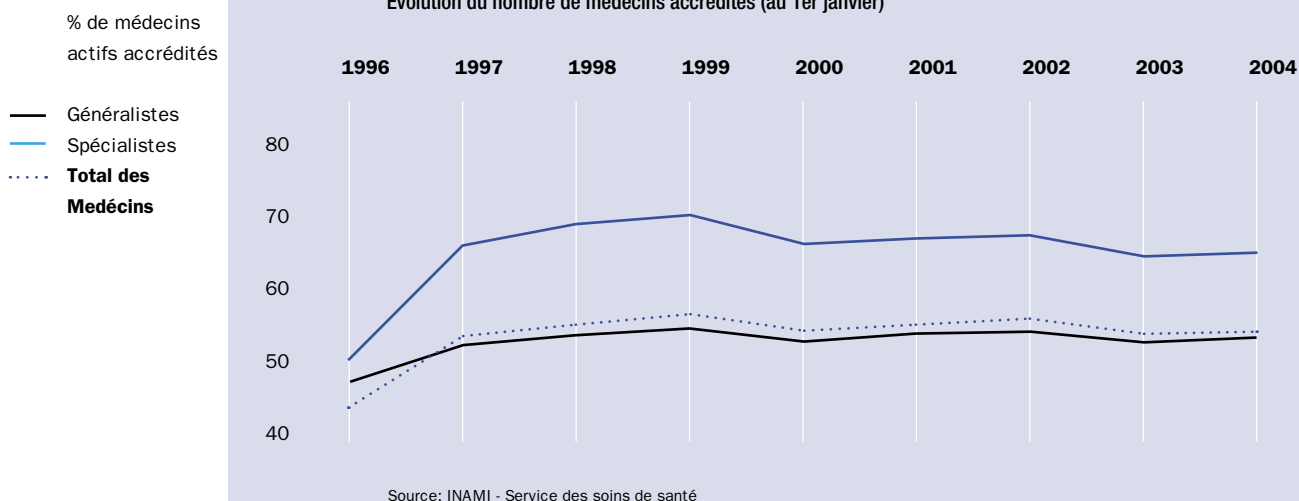
Tableau 1
Honoraires des consultations au 1^{er} janvier 2004

Type de prestation	Accréditation (en EUR)	
	Avec	Sans
Consultation médecin généraliste	18,26	15,67
Consultation interniste, pédiatre, rhumatologue	27,89	25,74
Consultation neurologue, psychiatre, neuropsychiatre	34,32	32,18
Consultation cardiologue, gastro-entérologue, pneumologue	27,89	23,93
Consultation dermatologue	20,62	19,79
Consultation autres spécialités	18,26	15,67

Source: INAMI - Service des soins de santé

f. Combien de médecins adhèrent-ils à l'accréditation?

Graphique 1
Evolution du nombre de médecins accrédités (au 1^{er} janvier)



A ce jour, aucune analyse détaillée de ce type de données chiffrées n'a encore été effectuée. Cependant, quelques constatations peuvent être faites.

- Le degré global d'accréditation peut paraître très bas (total général de 54,19% au 1^{er} février 2004). Le graphique 1 montre le nombre de médecins accrédités par rapport à tous les médecins qui sont enregistrés comme actifs à l'INAMI. Toutefois, tous ces médecins ne rentrent pas en ligne de compte pour l'accréditation: comme indiqué au point 2., seuls

les médecins agréés peuvent participer au système. Au 1er février 2004, 70,28% des médecins généralistes agréés étaient accrédités (9 806 sur 13 953). En outre, l'écrasante majorité des consultations sont attestées par des médecins accrédités. Ceci ressort du tableau suivant avec les chiffres de 2002.

Tableau 2
Nombre de consultations en 2002

Médecins	Consultations	Consultations accréditées	
	Nombre	Nombre	%
Médecins généralistes	28 062 081	24 480 414	87,24
Médecins spécialistes	21 099 792	17 862 528	84,65
Total	49 161 873	42 342 942	86,13

Source: INAMI - Service des soins de santé

Un nombre important de médecins qui sont enregistrés comme actifs dans le système d'assurance maladie n'ont donc en réalité qu'une activité limitée et la plupart des médecins avec une activité à part entière sont accrédités.

- ⊕ En ce qui concerne les médecins spécialistes, ce sont surtout les dermatologues (79,81%), les ophtalmologues (77,16%) et les radiologues (75,36%) qui sont les plus nombreux à adhérer à l'accréditation. A l'opposé, ce ne sont que 48,70% des chirurgiens, 46,41% des chirurgiens plastiques et 45,64% des neurochirurgiens qui participent au système. Au niveau des stomatologues, le degré d'accréditation n'atteint que 42,43%. Ceci peut être expliqué par le fait que de nombreux stomatologues optent pour une accréditation dans le secteur des praticiens de l'art dentaire et qu'ils ne peuvent donc plus être accrédités dans le système des médecins.
- ⊕ Enfin, un dernier bref commentaire sur l'évolution du nombre de médecins accrédités. Le graphique 1 montre une tendance négative de 1999 à 2000 et de 2002 à 2003. Ce phénomène est dû au fait que l'accréditation est attribuée pour 3 ans et la grosse masse des médecins est entrée dans le système durant l'année de démarrage de l'accréditation. Ceci signifie qu'ils ont également tous demandé leur prolongation la même année, que les conditions d'accréditation ont été examinées la même année et que les médecins qui ne répondent plus à ces conditions se voient privés de l'accréditation la même année.

3. LE PATIENT ET L'ACCREDITATION

Le patient n'est pas directement impliqué dans le système, bien que la qualité des soins soit l'objectif de l'accréditation. En d'autres termes, l'accréditation est un système indirect qui n'a pas d'effet direct sur les soins ou l'activité de soins, le patient lui-même n'étant pas en contact direct avec le système. Dans la plupart des cas, les patients ne savent pas non plus quels efforts leur médecin doit fournir pour être et rester accrédité.

Plus encore, les patients ne savent généralement pas si leur médecin est accrédité ou non! En effet, l'accréditation n'est pas formalisée en label ou titre. Il n'existe pas non plus de numéro INAMI particulier pour les médecins accrédités.

Cependant, le patient peut remarquer qu'il est soigné par un médecin accrédité sur un point: comme il ressort du tableau 1 repris au point 2.e., certains honoraires pour les médecins accrédités (et en particulier ceux des consultations très courantes) sont plus élevés que ceux des médecins non accrédités.

Dans ce contexte, il est cependant très important que les honoraires plus élevés pour le médecin n'aient pas pour conséquence que les patients eux-mêmes doivent payer davantage pour les soins.

La réglementation est en effet conçue de façon à ce que la quote-part personnelle du bénéficiaire reste la même, indépendamment du fait qu'il consulte un médecin accrédité ou non. Ceci est illustré ci-dessous, avec une présentation des honoraires et des montants de remboursement au 1er janvier 2004 pour les consultations des médecins généralistes et des cardiologues.

Tableau 3
Honoraires et remboursements en EUR au 1er janvier 2004

Consultations	Honoraires	Remboursement		Quote-part personnelle	
		Préférentiel	Ordinaire	Préférentiel	Ordinaire
Médecin généraliste					
Accrédité	18,26	17,42	14,97	0,84	3,29
Non accrédité	15,67	14,83	12,38	0,84	3,29
Cardiologue					
Accrédité	27,89	25,86	18,32	2,03	9,57
Non accrédité	23,93	21,90	14,36	2,03	9,57

Source: INAMI - Service des soins de santé

4. L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ ET L'ACCREDITATION

Bien que l'accréditation trouve son origine dans les accords nationaux entre médecins et organismes assureurs et donc fasse intégralement partie de l'assurance soins de santé, le rôle et l'impact de l'accréditation dans l'assurance soins de santé valent la peine d'être examinés. C'est ce qui est fait ci-dessous, au travers de quelques questions, qui sont chacune suivie par des informations objectives ou des considérations, et non par des réponses définitives.

Ces questions sont également l'occasion de détecter les goulots d'étranglement ou de situer l'accréditation dans l'avenir.

a. L'accréditation améliore-t-elle la qualité des soins dispensés par les médecins?

Sans aucun doute, il s'agit de la question la plus évidente. Néanmoins, force est de constater que même après 10 ans, aucune évaluation externe du système n'a été effectuée. Il n'y a encore eu aucune mesure comparative de la qualité des soins dispensés par les médecins accrédités et ceux dispensés par les médecins non accrédités. Dans toutes les comparaisons internationales, les soins de santé en Belgique se situent dans les soins hautement qualifiés et les moyens n'ont jamais été libérés pour une évaluation externe.

b. Combien coûte l'accréditation?

En 2002, l'assurance obligatoire a dépensé 44 539 365 EUR pour les suppléments d'accréditation. L'INAMI a calculé qu'en 2004, 13 458 000 EUR seraient payés pour les forfaits d'accréditation. Il s'agit de montants modestes. Par comparaison: l'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins pour 2004 s'élève à 5 012 268 000 EUR.

Le fonctionnement d'un système suppose un large investissement administratif et organisationnel. Les activités de formation complémentaire doivent être agréées (il existe un comité paritaire pour chaque discipline), les présences enregistrées et les droits et obligations des médecins accrédités doivent faire l'objet d'un suivi. Sur le terrain, ceci est effectué en grande partie par des volontaires d'organisations de médecins, des facultés de médecine, des associations scientifiques et les organismes assureurs. Un important travail de secrétariat est effectué par les associations ou les organisations qui représentent ces personnes. Les responsables des GLEM s'occupent de leur groupe local d'évaluation médicale.

Pour tout ceci et d'autres activités encore, aucun financement substantiel n'est prévu (en dehors des frais de déplacement et de modestes indemnités de présence pour les membres des organes d'accréditation). Depuis fin 1999, la loi SSI permet pourtant un tel financement. Tant que cette possibilité légale ne sera pas utilisée, il pourra être fait mention d'un coût caché

important de l'accréditation. L'absence de financement jette un froid à l'enthousiasme d'il y a 10 ans, et peut poser des problèmes qui, dans certains cas, peuvent avoir des conséquences pour le médecin individuel. La gestion et le contrôle des problèmes qui peuvent résulter de cette situation demandent beaucoup d'énergie et constituent en fait à leur tour un coût superflu.

c. Comment les autorités de tutelle considèrent-elles l'accréditation?

- ◉ L'accréditation est en premier lieu une affaire entre médecins et organismes assureurs, avec la collaboration du monde médical et scientifique. Pendant longtemps, les accords nationaux étaient la seule base juridique de l'accréditation. Ceci a été mis en lumière de manière spectaculaire début 1997, lorsqu'aucun accord national 'total' n'était en vigueur et que les partenaires de la Commission médico-mutualiste ont conclu le mini-accord du 17 février 1997³ afin de garantir la continuité de l'accréditation.

- ◉ La 'loi pax medica', du 10 décembre 1997, contenait entre autres une série de dispositions légales concernant le contrôle de qualité. L'une des dispositions ajoutait un article 36bis à la loi SSI, qui créait une base légale pour l'accréditation. L'exécution de l'article a été précédée de longues négociations qui, se sont concrétisées par le fait de faire figurer dans l'arrêté royal SSI les dispositions réglementaires concernant la composition et le fonctionnement des organes d'accréditation. En d'autres termes: les conditions d'accréditation ne sont pas réglées par arrêté royal et restent donc une matière qui dépend de la Commission nationale médico-mutualiste.

L'arrêté royal organique a été signé par le Roi le 13 juillet 2001, donc presque 4 ans après la loi pax medica. L'innovation la plus importante a été la création d'un Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) au sein duquel, à côté des organisations représentatives des médecins, des organismes assureurs et des associations médicales et scientifiques, le gouvernement a également reçu une représentation. Le lancement de l'organigramme formel de l'accréditation est un processus difficile qui, fin 2003, n'est toujours pas totalement terminé, en particulier en ce qui concerne certains comités paritaires.

- ◉ Un pas important a été posé par l'Accord national médico-mutualiste du 15 décembre 2003⁴.

Il a inscrit un mécanisme qui libère une partie des honoraires des médecins à partir du 1^{er} octobre 2004 si, à cette date, il est constaté que l'objectif est atteint au niveau d'une utilisation judicieuse des soins, à savoir en ce qui concerne les classes suivantes de médicaments prescrits, avec, comme priorité les moyens anti-bactériens (quinolones, associations d'un bêta-lactame avec un inhibiteur de bêta-lactamases, comme l'acide clavulanique et l'amoxicilline) et les antihypertenseurs (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (sartans)). Pour le 1^{er} septembre 2004, chaque GLEM de médecins généralistes doit également avoir consacré au moins une réunion complète à l'analyse et à la discussion du feed-back individuel sur ces sujets, mis à leur disposition par le CNPQ. Au cours du mois de septembre 2004, les responsables des GLEM enverront un rapport présentant les actions entreprises et/ou conseillées. Un exercice similaire sera demandé aux médecins spécialistes.

La mobilisation des GLEM par le biais d'informations provenant du CNPQ est une opération innovante. Tant son organisation que les réactions qu'elle suscitera ainsi que ses résultats constituent un défi pour l'ensemble du système d'accréditation.

d. Comment se présente l'avenir de l'accréditation?

- ◉ L'accréditation, au niveau du contenu, a peu évolué ces 10 dernières années. Les organes d'accréditation, à tous les niveaux, ont reçu peu de soutien, en particulier dans le domaine du financement. Ces 2 constatations peuvent servir de point de départ pour porter un regard sur l'avenir.

3.
Publié au Moniteur belge du 27 mars 1997

4.
Publié au Moniteur belge du 21 janvier 2004, Ed. 1

- A ce jour, la formation continue dans le cadre de l'accréditation est surtout organisée selon le modèle classique de leçon ou de cours. Entre-temps, de nombreuses autres formes d'apprentissage se sont développées: internet, CD-rom... Il s'agit de formules performantes qui s'orientent vers l'apprentissage individuel. De tels programmes d'apprentissage individuel existent également sur d'autres supports.
- L'autre volet important de l'accréditation, le peer review, constitue, par essence, un événement horizontal, où chaque GLEM dispose de la liberté la plus large dans le choix des thèmes. Comme indiqué au point 2.c., d'autres dimensions pourraient être ajoutées au rôle des GLEM. Cela pourrait par exemple être le cas si plus de marge était dégagée pour l'apprentissage individuel: les GLEM pourraient alors servir d'environnement d'apprentissage pour les pairs.

Les comités paritaires pourraient alors jouer un rôle important de soutien aux GLEM.

- Tant dans sa forme actuelle que dans sa future configuration, l'accréditation restera un processus impliquant de nombreux partenaires: les médecins individuels, les GLEM, les organisateurs de formation, les universités, les organisations de médecins, les organismes assureurs, le gouvernement, l'administration de l'INAMI, les organes d'accréditation. Une communication fiable et rapide entre tous ces acteurs est essentielle pour le fonctionnement du système. Ceci signifie que tous les acteurs doivent disposer de moyens de communication performants. Une informatisation imposée et intégrée du système est donc une condition absolue pour la modernisation de l'accréditation. Pour la plupart des partenaires du système, cela signifie également qu'ils doivent disposer des moyens financiers pour ce faire.