



A.M.Lg

Association Royale des Médecins diplômés de l'Université de Liège

Boulevard Piercot 10 – 4000 LIEGE

Tél. 04-223.45.55 – Fax 04-223.38.22

E-mail : amlg@swing.be - Site web : www.amlg.org

Enseignement de Formation Continue

Séance du vendredi 28 septembre 2012

« CNPQ-KCE : Missions et contraintes »

Docteur Marc MOENS

Président de l'ABSyM, secrétaire général du GBS

&

Monsieur Christian LEONARD

Directeur d'études – KCE

Bruxelles

Renseignements relatifs à l'accréditation :

<i>N° agréation</i>	<i>Rubrique</i>	<i>CP</i>	<i>N° organisateur</i>
1200.9958	6	3	6.032

« CNPQ – KCE : Missions et contraintes »

Dr med. Marc MOENS

Au cours de la décennie écoulée, le gouvernement fédéral a pris plusieurs initiatives en vue d'améliorer la qualité des soins médicaux. Nous présenterons ici deux angles d'approche : d'une part celui du Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) de l'Inami, qui s'inscrit dans le cadre de l'accréditation des médecins et de l'accord médico-mutuelliste, d'autre part celui, beaucoup plus large, du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

Le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ), mis sur pied il y a exactement dix ans, se concentre surtout sur la médecine générale. Parmi ses principaux objectifs, on retiendra la revalorisation de l'usage du dossier médical global en termes de contenu, la prescription correcte des médicaments (en particulier antibiotiques et antihypertenseurs), l'amélioration de la collaboration entre confrères/consœurs et avec d'autres professionnels de santé et la mise au point de recommandations de bonne pratique diagnostique et thérapeutique. De par le caractère très hétérogène de la médecine spécialisée, la mise au point de thématiques comparables est beaucoup plus difficile dans ce secteur.

Les détracteurs du CNPQ voient dans sa mise en place une démarche politique dans un but de limitation de l'autonomie des médecins et de collectivisation – un sentiment auquel l'obligation d'impliquer directement les représentants du ministère des Affaires sociales et de la Santé publique dans les débats et propositions contribue évidemment de façon non négligeable. Il est en outre indéniable que l'élargissement des compétences du CNPQ (AR 20.12.2004) a créé un lien direct entre ce dernier et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, de telle sorte que la notion de qualité peut désormais, en cas de non-respect des recommandations, être couplée à des sanctions. Pour l'heure, le CNPQ n'a encore élaboré aucune mesure contraignante ; reste à voir si cette politique sera maintenue après le changement de présidence en septembre 2011.

Objet de grandes ambitions, le KCE a été officiellement porté sur les fonts baptismaux en 2002 par la coalition violette. L'(ex-)ministre Frank Vandenbroucke (SP-A) et l'(ex-)députée Yolande Avontroodt (Open VLD) ont été les chevilles ouvrières de ce projet, dont la FDA (« *U.S. Food and Drug Administration: Protecting and promoting your health* ») a été l'une des sources d'inspiration. Depuis son premier rapport, consacré à la cessation tabagique (22.07.2004), le KCE a publié 184 études consacrées aux thématiques les plus diverses, soit 23 par an. Le Centre d'expertise entend également se profiler comme un acteur international ; la publication récente dans les pages du *British Medical Journal* de son rapport très controversé sur l'implantation percutanée de valves aortiques (TAVI), qui considère cette procédure comme contre-indiquée dans 90 % des cas, apparaît à cet égard comme l'un des points culminants de sa brève existence.

A tort ou à raison, les médecins perçoivent toutefois le KCE plus comme une machine à faire des économies mise en place par le gouvernement que comme une institution scientifique : dans leur camp, l'enthousiasme des premières années est aujourd'hui complètement retombé. Il faut dire que l'on peut généralement mettre sa main au feu que, si le KCE s'intéresse à une procédure ou à une discipline donnée, c'est soit que l'Inami s'apprête à l'exposer aux sanctions du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, soit à tout le moins qu'elle se verra imposer prochainement certaines limitations (financières). Bien souvent, les collègues qui s'investissent en tant qu'experts externes dans les études touchant à leur champ de spécialité se sentent également floués lors de la publication du rapport, tant il est rare que leurs conclusions rejoignent celles qui seront finalement diffusées par le conseil d'administration et la direction du KCE. Précisons au passage que, par manque de temps et à cause de l'obligation de confidentialité à laquelle ils sont soumis, il est impossible aux quelques rares médecins cliniciens siégeant au conseil d'administration de se prononcer en connaissance de cause sur chacun des sujets abordés – et ce constat vaut du reste évidemment aussi pour les membres non-médecins, en particulier lorsqu'il est question de thématiques strictement médicales.

Enfin, les médecins – qui considèrent encore majoritairement leur métier comme une profession libérale – déplorent que le KCE réoriente de plus en plus l'organisation des soins de santé vers des systèmes de forfaits, assortis de recommandations que d'autres instances interpréteront ensuite comme des règles contraignantes. Cette tendance est clairement perceptible dans le choix des sujets d'étude, et d'autant plus réelle que les thématiques proposées par les ministres compétents ont toujours la priorité absolue. La voix des prestataires de soins ne pèse pas suffisamment lourd à la direction du KCE.

Le KCE, une expertise au service d'une politique de santé efficace et équitable

Christian LEONARD
Directeur d'études – KCE

La mission principale du KCE consiste à apporter des éléments scientifiques permettant d'aider les décideurs à affecter les moyens collectifs dédiés aux soins de santé de la manière la plus efficace possible. Les recommandations qu'il fournit doivent aussi tenir compte d'une autre dimension importante de la politique de santé : l'équité. Une tâche qui n'est pas aisée car non seulement les définitions de l'équité sont nombreuses mais en outre les débats n'ont pas encore tranché la question de l'antécédence entre efficacité et équité. Les experts du KCE mettent leurs connaissances, leur expérience et leur motivation au service de cette mission éminemment politique au sens arendtien du terme. Les conclusions et les recommandations des rapports du KCE sont en effet de nature à aider le décideur, mais aussi toute personne impliquée de près ou de loin dans le système de santé, à se reconnaître dans le système et à l'assumer de différentes manières.

Le KCE fait un appel public à projets chaque année et établit un plan de travail qui représente entre 25 et 30 rapports dont les sujets sont choisis pour leur pertinence pour le décideur, leur importance intrinsèque (prévalence, sévérité, possibilité d'amélioration) et leur faisabilité. L'ensemble des sujets recouvre 4 champs d'investigations : l'évaluation coût-efficacité (Health Technology Assessment), les recherches relatives au financement et à l'organisation des soins (Health Service Research), les règles de bonne pratique (Good Clinical Practices) et les projets méthodologiques. Ce sont une quarantaine d'experts (médecins, économistes, sociologues, statisticiens, juristes) qui réalisent les projets en équipe multidisciplinaire et visent l'excellence scientifique mais aussi la pertinence politique. C'est ainsi que depuis quelques années, le KCE s'est ouvert aux méthodes qualitatives. Les méthodes qualitatives permettent de compléter les méthodes fondées sur l'évidence, appliquées de manière rigoureuse et scientifique elles offrent l'opportunité de prendre en considération des données plus subjectives qui touchent tant les prestataires que les patients ou mêmes les gestionnaires du système. Les méthodes de recherche qualitative combinent des collectes de données et des analyses techniques qui visent à comprendre les expériences personnelles et à expliquer des aspects de phénomènes sociaux comme par exemple les difficultés d'adhérence à un traitement.

Récemment, le KCE a également décidé de systématiser l'implication des parties prenantes (stakeholders). Cette implication vise à rendre les sujets de recherche plus tangibles, à fixer la portée de la recherche, à préciser les questions de recherche, à susciter l'adhésion autour du projet, à atteindre des résultats clairs et des réponses réalistes et à trouver des canaux de communication et des relais efficaces. Tout est mis en œuvre afin de remplir au mieux une mission qui nous concerne toutes et tous car si la santé ne résulte pas seulement d'un bon système de soins, ce sont les soins auxquels nous faisons appel lorsque notre santé ou celle de nos proches est altérée. Nous avons donc toutes et tous intérêt à bâtir et maintenir un système de soins de qualité, efficace et équitable.