

Dr Gilbert Bejjani,
Président du Conseil national de la promotion de la
qualité (CNPQ)

Bruxelles, le 12/02/2025

Concerne : La « saga des IPP » révèle la nécessité de revoir les indicateurs de meilleure prescription et de réformer la politique d'assurance de qualité à l'INAMI.

Docteur Bejjani,
Monsieur le Président,
Cher confrère,

Je me permets de vous écrire pour mieux expliquer mes interventions quelque peu frontales concernant les recommandations de prescriptions des IPP.

J'insiste pour **féliciter les personnes compétentes et courageuses** qui ont rassemblé les données pour établir le rapport et les recommandations. Je me suis d'ailleurs servi de la documentation y incluses pour contre argumenter.

En effet, pour établir des directives, il faut travailler en 3 phases bien distinctes :

1. D'abord des **établir des faits** sur lesquels il peut y avoir **consensus**.
2. Ensuite **interpréter ces faits**, et là il est très possible que des scientifiques qui ont pu s'accorder sur la phase 1 divergent.
3. Enfin proposer des **recommandations pratiques**. Dans ce domaine les divergences sont souvent les plus importantes. La question de l'usage des drogues est un exemple des contradictions démocratiques sur des sujets pour lesquels il existe un consensus scientifique.

En effet, tous les chercheurs s'accordent sur les **effets néfastes de l'usage des drogues** illégales et légales. Mais les attitudes divergent, de la prohibition totale et pénale, jusqu'à la vente contrôlée ou non.

Avant d'aller plus loin, je vais rappeler le point de vue du GBO sur l'attelage du CNPQ et du SeCM et quelques chiffres en apéro qui seront particulièrement féconds pour la suite de l'analyse des documents intitulés : ***proposition CNPQ-2024/secm/001***.

Séparer les fonctions d'évaluation des fonctions de contrôle

Il est pour nous essentiel de séparer les fonctions d'évaluation des fonctions de contrôle malencontreusement réunies.

L'**évaluation** est une fonction **positive** qui cherche à valoriser les agents tout en signalant les zones d'amélioration possible.

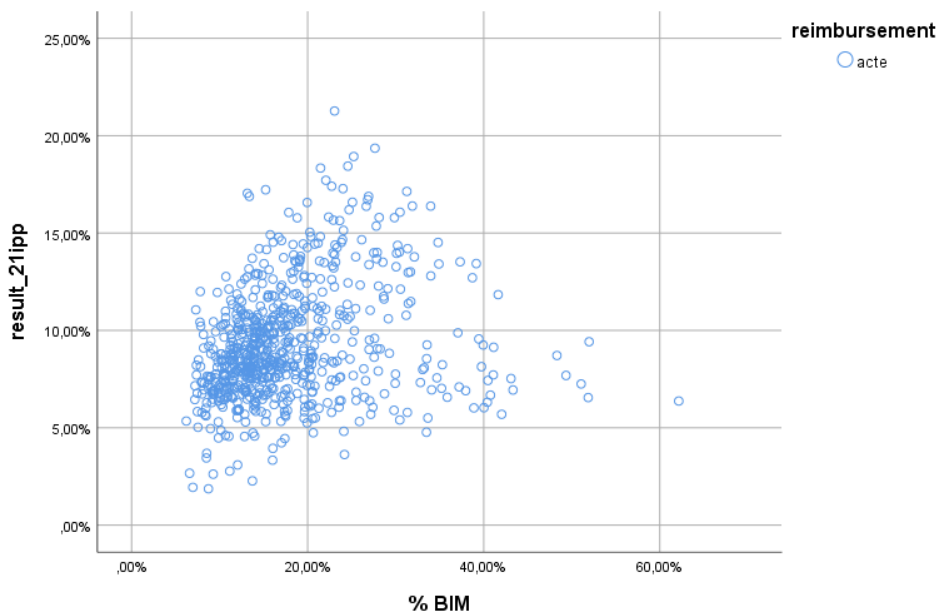
Le **contrôle** est une fonction **négative** qui sanctionne les manquements en vue de les voir disparaître.

Le professeur R.Groll distinguait avec raison l'assurance de qualité et le contrôle, en précisant que le contrôle, c'est jeter les pommes pourries et l'assurance de qualité, c'est faire en sorte que les pommes ne pourrissent pas. On ne saurait mieux dire.

Le même service ne peut à la fois manier la carotte et le bâton (à moins de se servir d'une carotte pour frapper plutôt que nourrir...).

Il faut donc **débaptiser le SeCM** et le reconduire vers un pur **SCM**, tandis que la fonction évaluatrice doit être confiée à la/une **commission des profils** ou à une chambre évaluative du **CNPQ** ou une combinaison des deux précédents. Nous continuerons d'avoir des problèmes tant que nous ne serons pas revenus à un fonctionnement régulier des institutions.

Un petit graphique apéritif¹ :

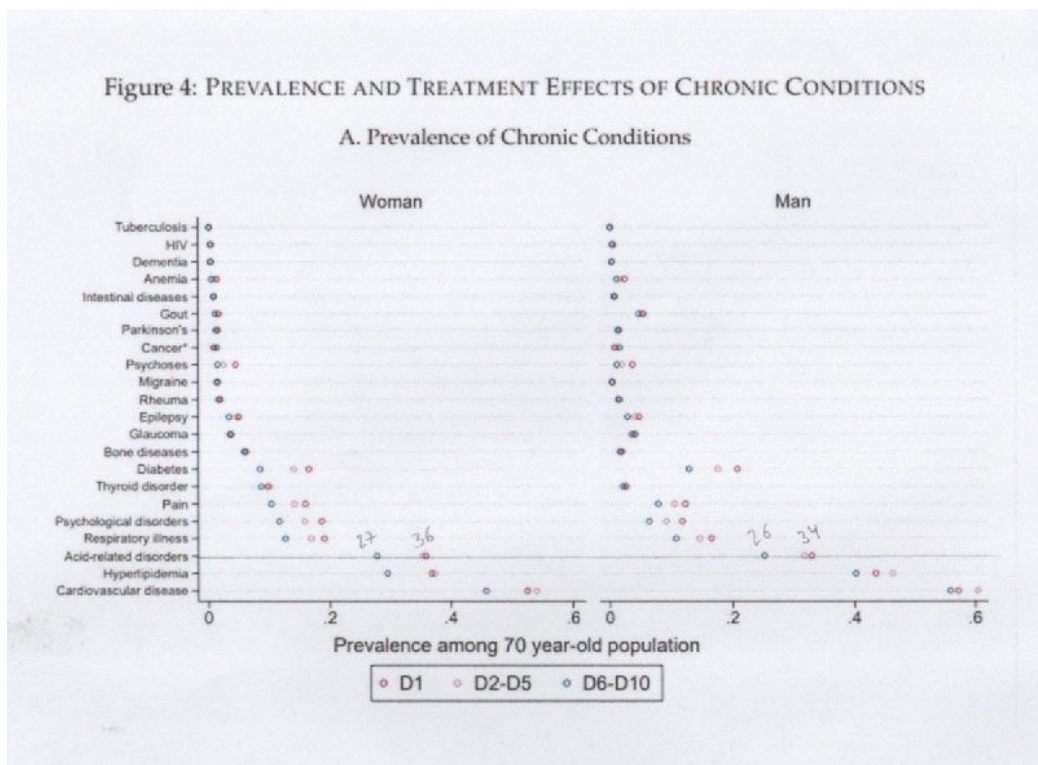


¹ Ce graphique a été obtenu, sur base du fichier des résultats de Glem diffusé sur le site de l'Inami (données 2016) <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/qualite-des-soins/rapports-d-activite-individuels-et-feed-back/feed-back-sur-les-pratiques-de-medecine-generale-pour-la-medecine-a-l-acte-resultats-destines-aux-glem-donnees-2016>

La dispersion est très importante, mais une tendance est claire, plus il y a de BIM (en abscisse) plus il y a d'IPP (en ordonnée).

La forme du nuage de points suggère d'ailleurs l'existence de 2 sous-populations de groupe (GLEM) de prescripteurs. Une qui monte rapidement dans la prescription d'IPP avec le pourcentage de BIM. Une autre qui y est moins sensible. La bissectrice entre ces deux sous-nuages est presque vide.

Pour le groupe des réponders rapides, l'influence de la pauvreté sur la prescription est évidente. Malheureusement, cet aspect des choses n'est guère développé dans le rapport, ce qui met tous les prescripteurs à la même enseigne.



Ce 2^e graphique tiré d'un article belge² récent montre l'écart de santé (maladie de l'acidité) suivant la classe sociale. On observe une différence d'au moins 30%. Les indicateurs fournis par le SeCM n'ont pas été adaptés à chaque type de patientèle. Ce qui risque d'inquiéter inutilement les praticiens en milieux populaires, surtout s'ils font partie des réponders rapides.

Le trait au crayon de votre serviteur montre l'écart de prévalence (à 70 ans) entre les classes aisées et les classes populaires 33% chez les femmes et 30% chez les hommes.

Dans le rapport précité, page 1 il est précisé : *il revient au SeCM³ de déterminer les valeurs seuils de ces indicateurs, ce qui n'avait pas encore été réalisé à ce jour. Étant donné que le volume d'IPP prescrits ne diminue pas substantiellement, des valeurs seuils sont dès à présent introduites et soumises au CNPQ.*

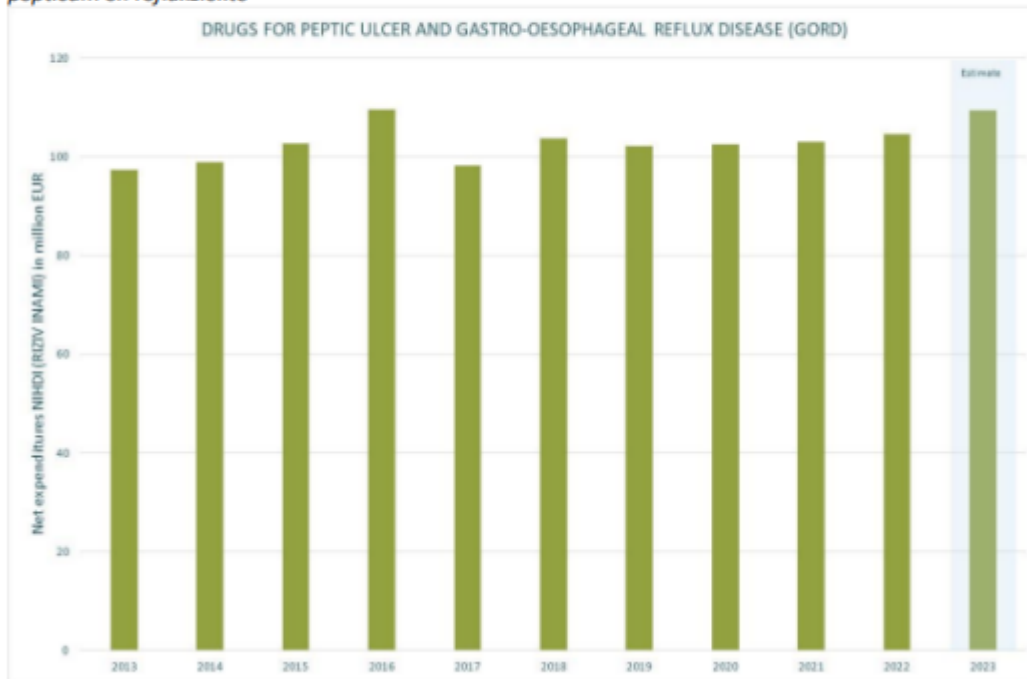
² https://personal.lse.ac.uk/spinnewi/CDI_draft.pdf

³ Le SeCM dispose-t-il de l'expertise pour fixer des seuils ? (À mon avis non).

Sur les courbes de prescription, il y a beaucoup à dire.

Rapport MORSE données 2022 - 2023 (page 109)

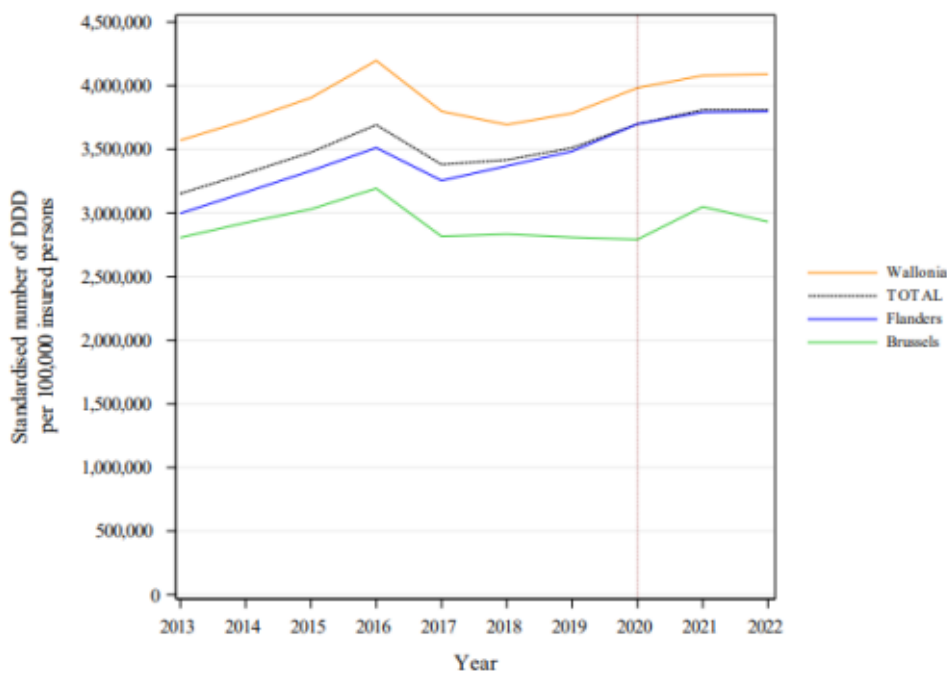
Figuur 68 : evolutie van de uitgaven RIZIV (open officina 2013 – 2023) voor ATC klasse A02B Middelen bij ulcus pepticum en refluxziekte



Au niveau des **dépenses**, on peut dire qu'elles sont **globalement stables** autour de 100 millions d'euros. On observe une légère hausse en 2023 qui demandera confirmation. Mais la population augmente et la valeur de l'argent diminue, on peut en inférer que les **dépenses en euros constant** pour les **IPP per capita** diminuent. Ce qui ne correspond guère au discours alarmiste du SeCM.

Pour les DDD l'affaire est plus complexe :

	TOTAL	
Consommation annuelle (DDD)	438.540.112	
Tendance (2013-2022)	2,13%	** (1,52%)
Tendance (2013-2019)	1,81%	NS
Tendance (2019-2022)	2,76%	



Evolution selon la région de la consommation de DDD par 100.000 assurés

Sur 10 ans il y a une croissance significative de 2.13%. Mais la courbe belge et les 3 courbes régionales montrent un aspect contrasté : on observe une montée jusqu'en 2016 puis une chute rapide quasi proportionnée, ensuite une reprise de la croissance en Flandre et en Wallonie mais pas à Bruxelles (qui a aussi les taux d'utilisation les plus bas).

La reprise de croissance en Flandre est plus rapide qu'en Wallonie au point que l'écart entre les deux grandes régions se réduit. L'interprétation de ces comportements prescripteurs est pour le moins hasardeuse. Or j'affirme que chercher à modifier des comportements sans les comprendre s'apparente à mettre une charrue devant des bœufs guidés par un âne.

Concernant le quintuple AIM

Page 3, le document déclare y répondre sur les 3 premiers critères (en italique ci-dessous).

1. **Qualité des soins, telle que vécue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance (santé subjective)**
2. **Santé de la population (mesuré sur des critères objectifs)**
3. **Rapport coût efficacité (efficience)**
4. **Équité donc en particulier justice pour les plus vulnérables**
5. **Bien-être des professionnels de santé**

Je ne suis pas sûr que l'expérience de santé subjective des patients vulnérables et refluant sera meilleure après les refus de prescription. Je suis même porté à croire le contraire.

Au total, il nous reste un gain modeste de santé publique aligné sur les rares effets secondaires des IPP au long cours⁴. (Point 2).

Le rapport coût efficacité sera peut-être amélioré du point de vue des deniers publics, mais la charge économisée sera reportée sur les patients refluant soit en achat d'IPP non remboursé, soit en achat d'antiacide de contact : Riopan[®], Maalox[®] et compagnie. Ce qui n'est pas acceptable si l'on veut réellement augmenter l'accessibilité aux soins pour les patients les plus vulnérables. Une possibilité est alors de rembourser ces spécialités.

Par ailleurs les antiacides de contacts ne sont pas sans effets secondaires, ce qui affaiblira le point 2.

Voici les recommandations du CBIP :

Contre-indications

- Carbonate de magnésium et trisilicate de magnésium: hypophosphatémie.
- Pour la plupart des antiacides, l'insuffisance rénale sévère est mentionnée dans la rubrique "Contre-indications" du RCP.

Effets indésirables

- Hydrogénocarbonate de sodium: hypokaliémie, alcalose, rétention hydrosodée et œdème, distension gastrique et flatulence par formation de CO₂.
- Carbonate de calcium: constipation, alcalose et hypercalcémie.
- Hydroxyde de magnésium: diarrhée, rétention de magnésium surtout en cas d'insuffisance rénale.
- Algeldrate (hydroxyde d'aluminium): constipation et formation dans l'intestin de phosphate d'aluminium insoluble, avec risque d'ostéomalacie. Malgré sa faible absorption, une accumulation de l'aluminium est toutefois possible en cas d'insuffisance rénale, avec encéphalopathie, ostéodystrophie et anémie.
- Composés à base d'aluminium : hypophosphatémie.

Grossesse et allaitement

- Aucun effet indésirable n'est à prévoir en cas d'utilisation à dose normale pendant une période brève. L'utilisation pendant une période prolongée ou à haute dose est déconseillée, en raison du risque d'augmentation des concentrations sériques du calcium, du magnésium ou de l'aluminium.

Interactions

- Modification de l'absorption d'autres médicaments par modification du pH gastrique (p.ex. diminution de l'absorption de l'itraconazole, de certains inhibiteurs de protéase et d'inhibiteurs de protéines kinases) ou par formation de complexes non absorbables (p.ex. diminution

⁴ Folia pharmaceutica mai 2022 résumé dans le rapport.

de l'absorption du fer, des hormones thyroïdiennes, des tétracyclines et des quinolones). Un intervalle de quelques heures entre les prises est indiqué.

- Hydrogénocarbonate de sodium: modification de l'excrétion urinaire d'autres médicaments et risque accru de lithiase rénale par alcalinisation des urines.
- Composés à base d'aluminium: encéphalopathie chez les patients atteints d'insuffisance rénale en cas d'association au citrate (présent dans de nombreux comprimés effervescents) ou à l'acide ascorbique.

Précautions particulières

- En cas d'utilisation prolongée d'antiacides, il convient de rester attentif aux symptômes d'alarme tels que dysphagie, amaigrissement ou saignements pouvant être le signe d'une affection maligne.
- La teneur en sodium des spécialités à base d'hydrogénocarbonate de sodium peut poser des problèmes chez les patients suivant un régime hyposodé strict.

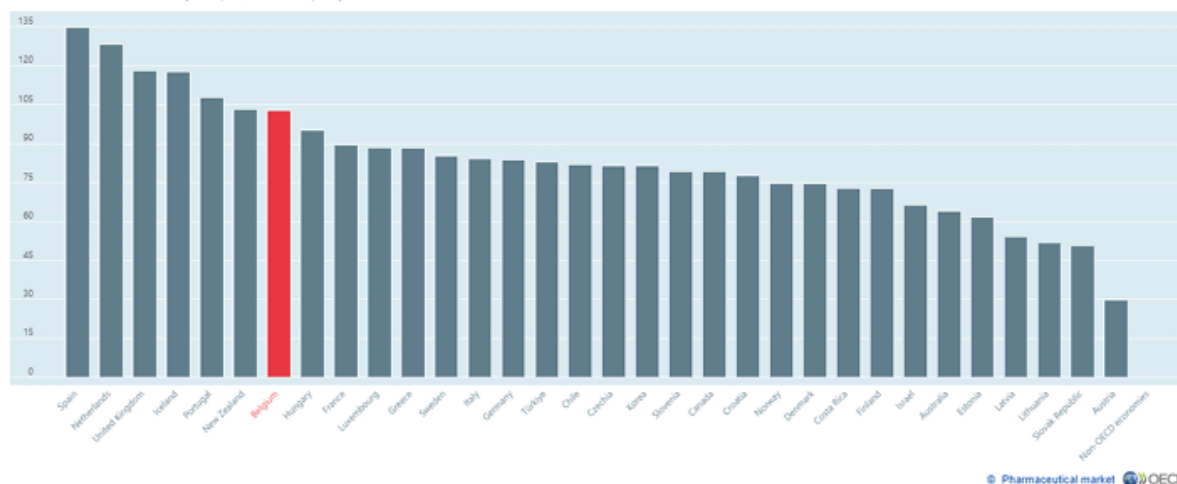
La Belgique prescrit beaucoup (message des pages 21 et 22 du rapport).

OCDE¹⁶ : consommation de médicaments pour l'ulcère peptique et le reflux gastro-œsophagien (ATC A02B) en DDD par 1.000 habitants par jour

2021

Pharmaceutical market

Measure: Pharmaceutical consumption • Pharmaceutical: Drugs for peptic ulcer and gastro-oesophageal reflux diseases (GORD) • Time period: 2021
Combined unit of measure: Defined daily doses per 1 000 inhabitants per day

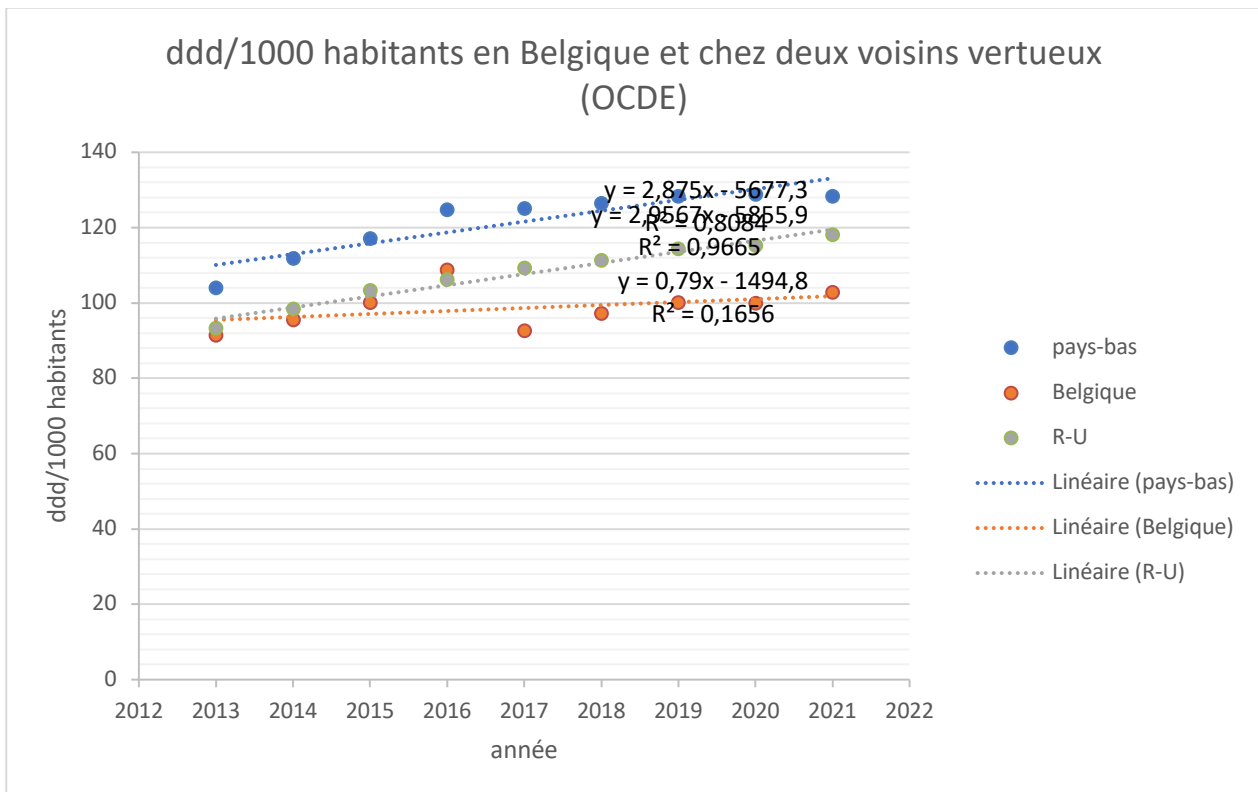


Ce graphique issu du rapport mérite d'être regardé en détail pas seulement pour le classement (7^e position des plus gros prescripteurs) mais aussi pour savoir quelle est notre compagnie. Or alors que pour les Antibiotiques nous sommes souvent au milieu des pays du sud, ici nous nous retrouvons en dessous des Pays-Bas (norme habituelle des critiques de la MG belge), du Royaume-Uni où la MG est respectée, l'Islande rigueur nordique et la Nouvelle-Zélande rigueur de l'hémisphère sud. Il faut ajouter l'Espagne et le Portugal pour faire bonne mesure.

La bonne question à se poser était d'abord pourquoi les Néerlandais et les Britanniques prescrivent plus que nous ? Mais cette question a été laissée sur le côté.

Regardons de plus près nos deux voisins vertueux.

Le graphique qui suit a été fabriqué à partir des données OCDE du rapport Cnpq SeCM.



Ce magnifique graphique démontre que les 3 pays connaissent une croissance identique, avec un niveau de base supérieur au Pays-Bas. Comme on l'avait observé dans la courbe de l'Aim, la Belgique a connu, seule, une chute de prescriptions en 2017 (campagne d'info, autre ?). Les deux autres pays ont poursuivi leur croissance de prescriptions. Où est la vertu ?

Qu'indiquent les indicateurs ?

Le premier indicateur est **acceptable** il cherche à savoir combien de prescription rédigée par le MG contient un IPP. Cet indicateur peut posséder plusieurs biais, si j'ai une patientèle très âgée, j'aurai beaucoup de prescriptions absolues, donc le dénominateur sera grand et l'indicateur diminué, mais comme les troubles de l'acidité croissent avec l'âge, ce n'est pas trop grave.

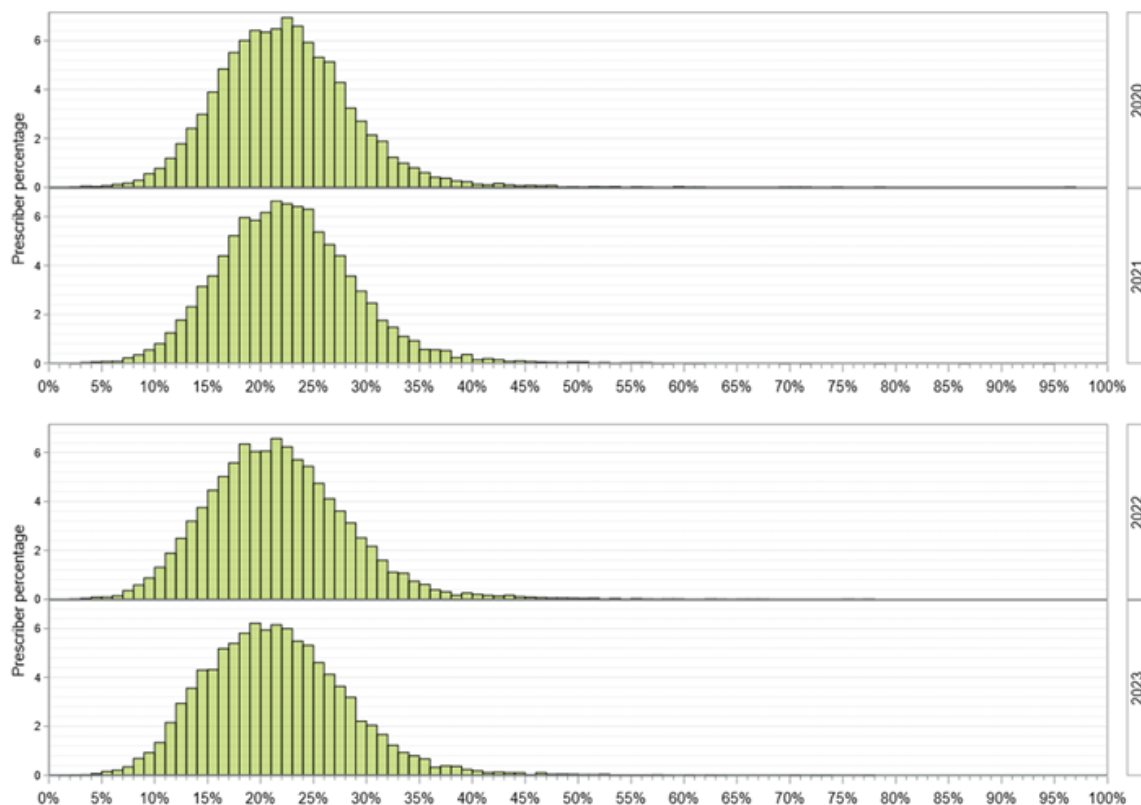
Inversement, un MG qui soigne surtout avec la parole et la relation thérapeutique (modèle que je défends personnellement) aura un petit dénominateur ce qui grandira l'indicateur. Mais on peut imaginer que cette prescription narrative sera aussi efficace sur le reflux (qui sait ?).

Indicateur 1

$$\frac{\text{Patients IPP}}{\text{Patients R/}}$$

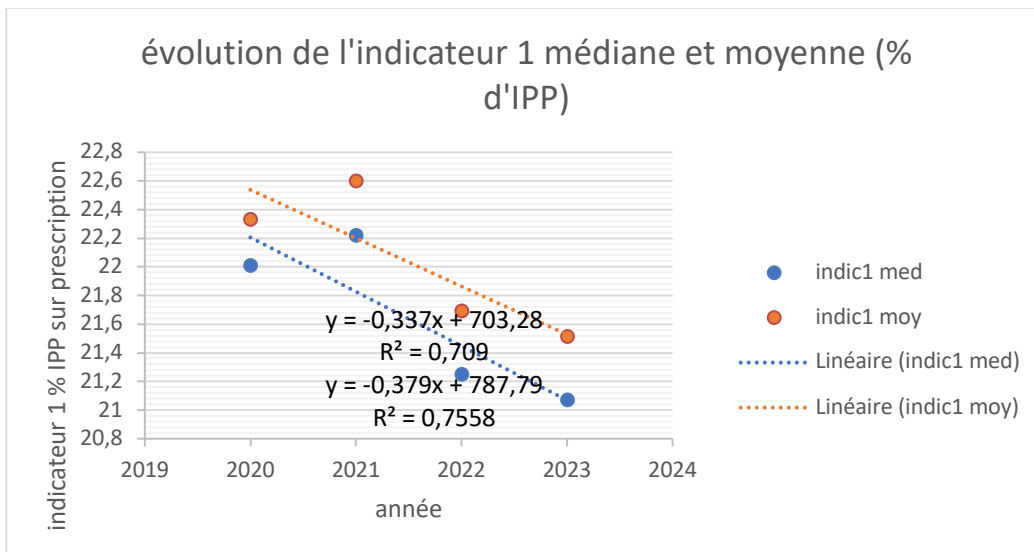
pour lequel :

- **Patients IPP** = nombre total de patients avec une prescription pour un IPP remboursé
- **Patients R/** = nombre total de patients avec au moins une prescription d'une spécialité pharmaceutique remboursée

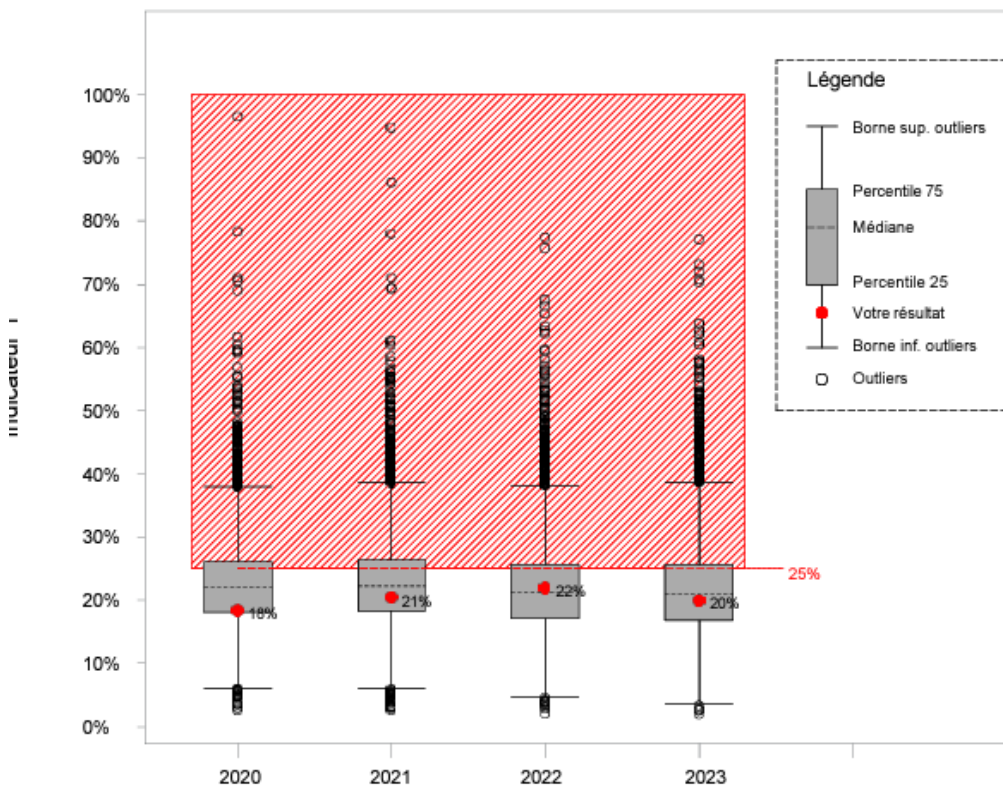


L'indicateur est bien gaussien : aussi la médiane, la moyenne et le mode sont-ils quasi confondus.

Cependant déjà en ouvrant grand les yeux, on voit que la gaussienne recule au fil d temps. Ce qui est confirmé par l'évolution des moyennes et médianes.



L'indicateur1 évolue donc dans le bon sens. Ce qui n'apparaît pas dans le rapport, ce même oubli se trouvait dans le rapport antibiotique.



Graphique de l'indicateur 1 : pourcentage de patients avec une prescription pour un IPP par rapport au nombre total de patients avec au moins une prescription d'une spécialité pharmaceutique

Le seuil a été fixé à 25% de prescription avec un IPP. La boîte à moustache⁵ (boîte grise) correspond à 75% de la population donc le seuil signale les 25 % des plus prescripteurs d'IPP. Une population particulière pourra justifier le dépassement.

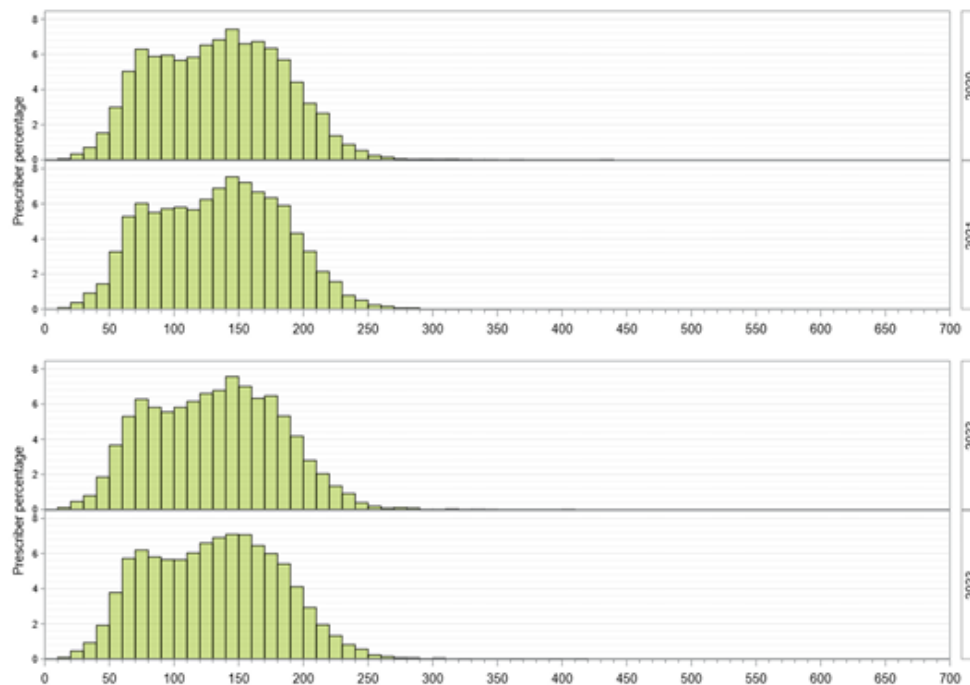
L'indicateur2 pose plus de problème.

Indicateur 2

$$\frac{DDD\ IPP}{Patients\ IPP}$$

pour lequel :

- **DDD IPP** = nombre total de DDD d'IPP prescrits et remboursés
- **Patients IPP** = nombre total de patients avec une prescription pour un IPP remboursé



Le numérateur est l'ensemble des DDD d'inhibiteurs de pompe à proton divisé par les patients différents qui ont reçu au moins une prescription d'IPP. Donc c'est un indicateur **de durée moyenne** de traitement.

Point très important, cette courbe n'est pas gaussienne, un observateur légèrement informé reconnaît une distribution bimodale.

⁵ Box plot en globish

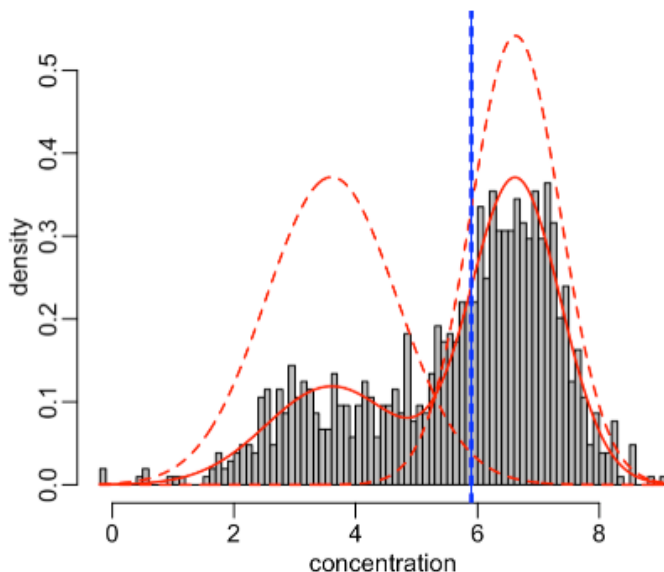
(Wikipedia) Ce qu'indique la multimodalité d'une distribution

La multimodalité d'une distribution indique deux possibilités :

- l'échantillon n'est pas homogène, mais composé de plusieurs familles (groupes) d'individus présentant des caractéristiques différentes⁴,
- (l'autre est hors sujet car concerne des variables discrètes / non continues).

Il y a donc **deux sous populations** dans la population des MG étudiés. Il eut été intéressant de se pencher sur la question, par exemple s'agit-il d'une différence régionale, pratique de groupe versus soliste, urbain versus rural, etc... ? Ce travail important de compréhension n'a pas été réalisé. On a perdu là une des façons de mieux comprendre les déterminants de la prescription.

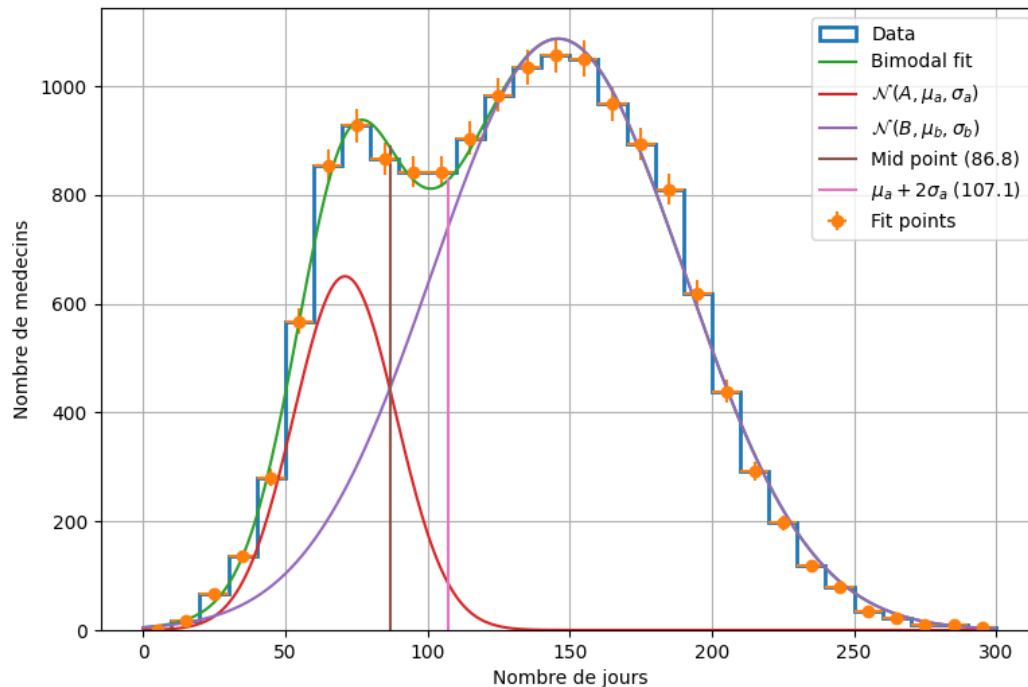
Par ailleurs un seuil (cut off) basé sur la séparation des deux populations aurait pu paraître plus légitime. Sur le graphique ci-dessous, on observe deux gaussiennes intriquées qui génèrent une **distribution bimodale**. Si on veut séparer les deux sous populations en conservant la quasi intégralité de la première population (moins prescriptrice), il faut établir le seuil autour de la moyenne du mode inférieur augmenté de deux sigma (2σ)



C'est le choix qui a été fait dans l'exemple choisi (extérieur au débat IPP).

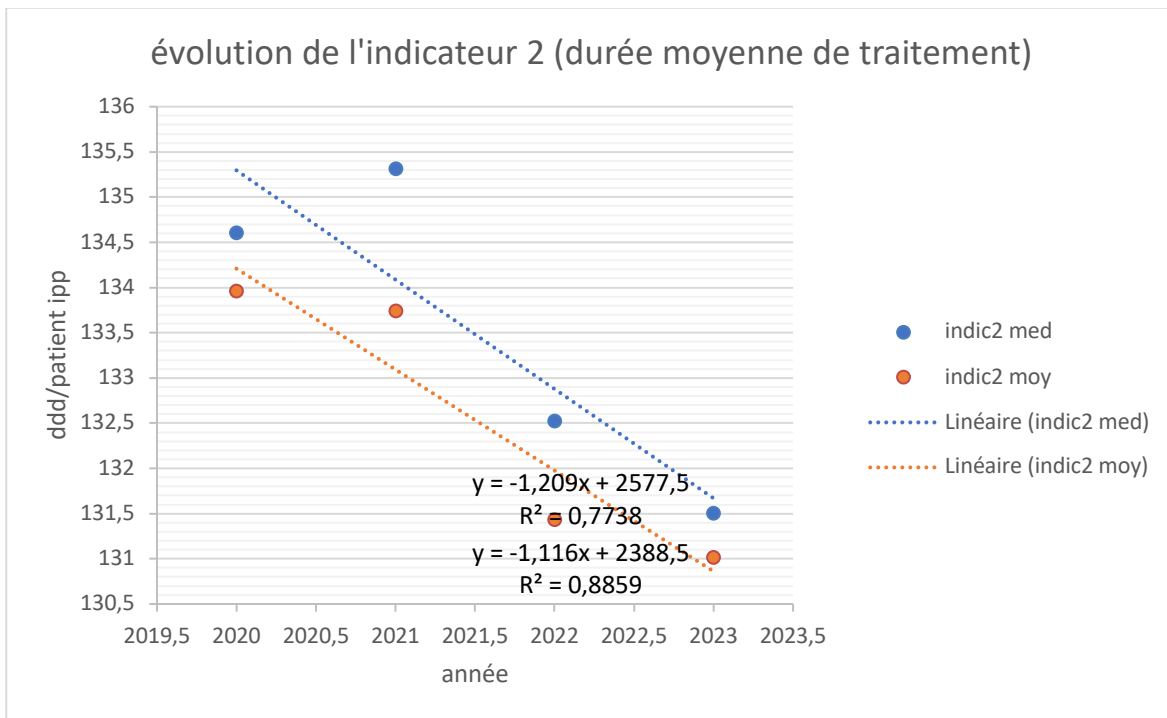
Ce 2^e indicateur démontre la **même diminution** que l'indicateur 1. Il est important de le signaler, comme dans la problématique des antibiotiques.

Ci-dessous le même exercice réalisé par mon physicien de fils⁶ sur les données récupérées des courbes fournies par l'Inami.

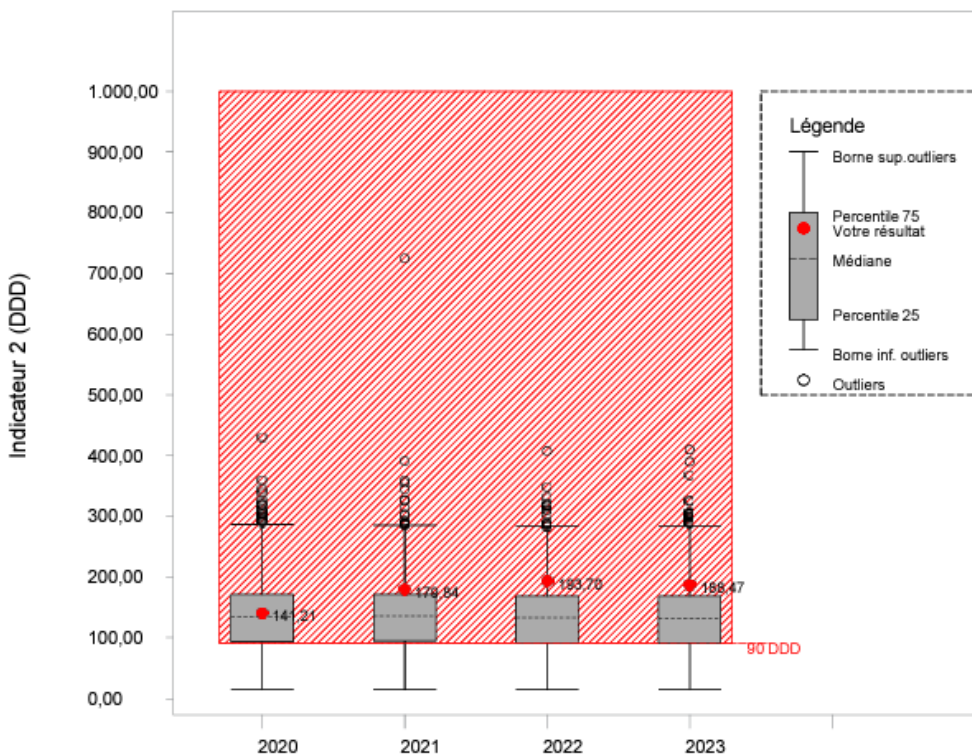


Si l'on veut séparer les deux sous populations en minimisant les mauvais classements, il faut faire passer le seuil vers **87 jours de traitement moyen** (86.8 exactement) ce qui donne des résultats encore plus défavorables à la profession que le seuil de 90 jours. Mais si l'on préfère que quasi toute la population des moins prescripteurs soient à l'abri des critiques, il faut prendre la borne définie par la moyenne +2 σ , elle se trouve à 107 jours. Ce qui permet déjà de se trouver au-delà du percentile 25 mais toujours peu acceptable.

⁶ François DRIELSMA, MA, PhD.



Enfin, la raison principale de rejeter cet indicateur est qu'il met 75% des généralistes dans le rouge (graphique ci-dessous).



Graphique de l'indicateur 2 : nombre total de DDD d'IPP prescrits par rapport au nombre total de patients avec une prescription pour un IPP

Il n'y aurait que 25% de la profession qui prend la bonne décision thérapeutique. Proposition inaudible et dont il ne peut donc pas être réellement tenu compte.

Pour conclure, nous sommes d'accord pour penser que la prescription des IPP pourrait être diminuée, mais faudra tenir compte des effets secondaires de cette diminution surtout si elle est autoritaire.

La recherche de la compréhension de la prescription n'a pas eu lieu, comment modifier intelligemment ce qu'on ne comprend pas ?

De plus la diminution est déjà en cours. Les normes choisies ne tiennent pas compte de la distribution bimodale, ni de la corrélation sociale très forte de cette prescription ce qui ne peut étonner que des non cliniciens qui ne sont pas confrontés quotidiennement avec les facteurs de risque du reflux gastro œsophagien : surpoids, tabac, alcool, aliments frits, Une politique incisive d'éducation pour la santé (pour les citoyens) obtiendrait probablement de meilleurs résultats que le contrôle sanctionnant (des généralistes).

Tout cela invite à revoir les indicateurs et réformer la politique d'assurance de qualité à l'Inami suivant nos propositions.

Veuillez croire, Monsieur le Président, en notre entière collaboration dans le cadre d'un dialogue respectueux et responsable.

Dr Pierre Drielsma, MD PhD
Administrateur du GBO/Cartel et membre du CNPQ

