



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREMIER MINISTRE

Commissariat général à la stratégie et à la prospective



SciencesPo.

Chaire
Santé

ACTES DE COLLOQUE



Créé par décret du 22 avril 2013, le Commissariat général à la stratégie et à la prospective se substitue au Centre d'analyse stratégique. Lieu d'échanges et de concertation, le Commissariat général apporte son concours au Gouvernement pour la détermination des grandes orientations de l'avenir de la nation et des objectifs à moyen et long terme de son développement économique, social, culturel et environnemental. Il contribue, par ailleurs, à la préparation des réformes décidées par les pouvoirs publics.

Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?

Paris, le 5 juin 2013

PLUS
D'INFOS

www.strategie.gouv.fr

Contact Presse :

Jean-Michel Roullé, Responsable
de la Communication

jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr

Tel : +33 (0) 1 42 75 61 37

Port. : 06 46 55 38 38

www.strategie.gouv.fr

Ce colloque a été organisé conjointement par le département Questions sociales (Mathilde Reynaudi et Sarah Sauneron) du Centre d'analyse stratégique et la chaire Santé de Sciences Po Paris (Didier Tabuteau et Isabelle Gourio).

Contacts :

↳ Mathilde Reynaudi

Chargée de mission, département Travail Emploi

mathilde.reynaudi@strategie.gouv.fr

Tél. : 01 42 75 62 64

↳ Isabelle Gourio

Chargée de mission

isabelle.gourio@sciences-po.fr

Tel. : 01 45 49 77 73

Sommaire

Ouverture.....5

Hervé MONANGE, Adjoint au Commissaire général à la stratégie et à la prospective.....5

Didier TABUTEAU, Responsable de la chaire Santé, Sciences Po.....7

Première table ronde

Disparité des pratiques des professionnels médicaux : quelles réalités ?.....9

Dominique POLTON, directrice de la Stratégie, des Études et des Statistiques, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).....9

France VRIJENS, expert statisticienne, Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique13

Francis BONNET, professeur d'Anesthésie-Réanimation, université Pierre et Marie Curie, praticien hospitalier, membre du conseil d'administration de la Société française d'anesthésie et de réanimation15

René MORNEX, professeur émérite et doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lyon, membre de l'Académie nationale de médecine, rapporteur du groupe de travail "Améliorer la pertinence des stratégies médicales" (avril 2013).....17

Deuxième table ronde

Quels outils d'encadrement des pratiques, pour quels effets ?25

Marie GROSSET, maître des requêtes en service extraordinaire, Conseil d'État25

Gérard REACH, professeur des universités-praticien hospitalier, service d'endocrinologie-diabétologie-maladies métaboliques, hôpital Avicenne, Bobigny29

Bruno TOUSSAINT, directeur de la revue *Prescrire*33

Claude RAMBAUD, présidente du Collectif interassociatif sur la santé (CISS)36

Troisième table ronde

Comment évaluer au mieux les pratiques des professionnels ?.....43

Guy BOUDET, chef du bureau chargé de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu des professions de santé, Direction générale de l'offre de soins (DGOS)43

Robert NICODEME, professeur de médecine générale et président de la section Formation et compétences, Conseil national de l'ordre des médecins47

Una LANE, directrice, direction Inscription et revalidation, *General Medical Council*, Royaume-Uni.....52

Rémy BATAILLON, directeur adjoint, direction Amélioration de la qualité et de la sécurité, Haute autorité de santé58

Mathieu ESCOT, chargé de mission Santé, *UFC-Que Choisir*.....61

Conclusion

Jean-François GIRARD, président, Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur (PRES) Sorbonne Paris-Cité67

Ouverture

Hervé MONANGE, Adjoint au Commissaire général à la stratégie et à la prospective

Didier TABUTEAU, Responsable de la chaire Santé, Sciences Po

Hervé MONANGE

Cette journée concrétise le partenariat que nous avons voulu mettre en place avec la chaire santé de Sciences Po et Didier Tabuteau que je remercie. Je souhaite que cette première soit suivie d'autres exercices semblables. Nous avons voulu organiser un lieu de discussions et d'échanges sur les questions de santé en amont de la préparation du PLFSS¹, afin que ces débats puissent irriguer les travaux législatifs à venir.

Pour cette première édition, nous avons choisi d'aborder la question des pratiques médicales et de leur régulation. Comme vous le savez, les défis posés à notre système de santé sont nombreux. Il est question d'enjeux démographiques, épidémiologiques, avec le vieillissement de la population et une prévalence croissante des maladies chroniques, mais également d'enjeux organisationnels, qu'il s'agisse de l'accès aux soins ou de l'impact des nouvelles technologies. Les défis sont aussi d'ordre financier. Les dépenses de santé continuent d'augmenter plus vite que la richesse nationale dans la plupart des pays de l'OCDE, dont la France, classée troisième parmi les pays dépensant le plus dans ce domaine. Face à tous ces défis, le système de santé français présente de nombreux atouts, ce qui ne doit pas nous empêcher de nous interroger en permanence sur l'organisation optimale de notre offre de soins afin de la rendre plus efficace, plus économique et de meilleure qualité. C'est ce qu'a souligné le HCAAM² en montrant qu'il n'existe que trois solutions pour financer notre couverture collective : augmenter les prélèvements, réduire les prestations ou améliorer l'efficacité du système. C'est cette dernière solution qui paraît la plus souhaitable à nos yeux.

Le Centre d'analyse stratégique, devenu le Commissariat général à la stratégie et à la prospective (CGSP) par décret en date du 22 avril 2013, a mené une série de travaux ces derniers mois pour tenter d'identifier les gisements d'efficacité du système de santé. Nous avons par exemple étudié le développement des coopérations entre professionnels de santé, le déploiement de la télé-santé, ou encore l'utilisation de recommandations de bonnes pratiques. Ce dernier travail qui nous a incités à approfondir la question est en outre un centre d'intérêt pour la chaire Santé de Sciences Po.

Améliorer la régulation des pratiques médicales est un enjeu à la croisée des questions de qualité des soins mais aussi de maîtrise des coûts. Il s'agit d'un levier fondamental d'amélioration de l'efficacité de notre système de santé. D'ailleurs, un grand nombre d'études soulignent d'importantes disparités entre professionnels et entre territoires en matière de nombre d'actes dispensés, de recours à la chirurgie

¹ Projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

² Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

ambulatoire ou de sur ou sous-prescription. Ces disparités ne sont pas une spécificité française, loin s'en faut.

Ces constats posent une série de questions qui devraient irriguer nos travaux aujourd'hui : comment définir le juste soin, le soin pertinent ? De quels outils d'observation statistique faut-il se doter ? Pourquoi existe-t-il une telle disparité des soins ? La question de l'origine des variations est fortement débattue. Celles-ci peuvent être dues aux praticiens, à la structure de l'offre de soins, mais aussi aux caractéristiques de la population soignée. L'hétérogénéité des pratiques n'est pas nécessairement synonyme de pratiques inefficaces. Pour autant, des marges de progrès subsistent. Selon un sondage réalisé auprès des médecins hospitaliers et libéraux, plus d'un quart des actes diagnostiques seraient probablement inutiles, ce qui entraîne non seulement des coûts non justifiés pour l'Assurance maladie mais aussi des risques accrus pour les patients. Ainsi, la sur-prescription d'antibiotiques peut conduire à des surcoûts importants mais aussi à une augmentation du taux de résistance.

Ces différents constats ont donné lieu à l'adoption de nouvelles régulations dans de nombreux pays pour tenter de modifier le comportement des acteurs. Plusieurs modalités ont été expérimentées.

Il y a d'abord les outils qui visent à encadrer les pratiques de manière plus ou moins stricte, de la simple information diffusée aux professionnels sur l'état de l'art, jusqu'à la validation préalable des prescriptions par des organismes extérieurs.

La régulation peut aussi passer par des incitations financières avec le développement de mécanismes de rémunération à la performance ou de contrats d'objectifs.

Il existe enfin des systèmes d'évaluation des praticiens, qui allient retours d'expérience sur les pratiques individuelles et la formation continue. Les exemples étrangers montrent que la palette des dispositifs est très large, allant de la participation volontaire à des groupes de pairs, jusqu'à l'obligation de démontrer ses compétences pour exercer. Un exemple intéressant est le système de revalidation mis en place au Royaume-Uni, qui nous sera présenté en détail au cours de la troisième table ronde.

Pour revenir au cas français, l'encadrement des pratiques a fait l'objet de nombreuses recommandations mais aussi de premières dispositions réglementaires et législatives. On a vu éclore ces dernières années une série d'acronymes (CAPI³, ROSP⁴, DPC⁵ ...). Ces évolutions, aussi nécessaires soient-elles, restent probablement insuffisantes, ou tout au moins perfectibles, ce qui nous conduit à poser plusieurs questions : quel équilibre doit-on trouver entre dispositif incitatif et contraignant ? Comment mieux associer le patient à ces dispositifs ? Comment ne pas tomber dans les excès d'une médecine qui serait trop standardisée ?

³ Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles.

⁴ Rémunération sur objectifs de santé publique.

⁵ Développement professionnel continu.

Ce sont autant de pistes de réflexion pour cette journée. Le sujet que nous avons choisi cette année est au centre de toutes les problématiques du système de santé. Je me félicite que vous soyez si nombreux pour en débattre.

Didier TABUTEAU

Bienvenue à Sciences Po. Cette journée est effectivement une première et nous l'avons souhaitée la plus intéressante possible, dans le cadre d'un partenariat avec le CGSP qui nous honore. J'espère que les travaux seront fructueux. Je remercie les intervenants qui ont accepté de participer aux tables rondes.

La question de la régulation des pratiques est centrale. Nous l'avons inscrite au programme de travail de la chaire Santé de Sciences Po et elle a donné lieu à un certain nombre de séminaires ou de manifestations avant celle d'aujourd'hui, au fil desquels plusieurs questions ont émergé.

Celle de la régulation des pratiques est d'abord classique. Le développement de l'*Evidence-based medicine* dans la fin des années 1970 en fait une question naturelle dans les systèmes de santé des pays développés, qui a donné lieu à une littérature abondante. Elle renvoie à des interrogations sur le fonctionnement même de la communauté des professionnels et des patients. La question est d'autant plus importante pour le système de santé français dont les pouvoirs publics sont très longtemps restés à l'écart et qui a été organisé jusqu'au dernier quart du XX^e siècle par la communauté médicale. L'idée même de régulation des bonnes pratiques est déjà une immixtion dans la relation entre médecin et malade, particulièrement innovante dans le système français par rapport à d'autres. À partir des années 1970, les premiers référentiels sont introduits en France à travers le droit du médicament dont l'évolution s'inscrit dans le cadre des directives de la CEE, ce qui a conduit à l'édition de guides de bonnes pratiques. Dans les années 1990, la convention médicale s'empare aussi de la question et introduit les références conventionnelles, légalisées par la suite au travers des références médicales opposables et recommandations de bonnes pratiques. Nous avons ainsi vu fleurir diverses initiatives ayant eu pour effet majeur de faire entrer un tiers dans la relation médicale, un tiers sachant mais un tiers quand même.

L'enjeu de cette transformation est clair et deux voies peuvent être envisagées. La première est la technicisation de la médecine. La notion même de référentiel de bonnes pratiques a été inventée par les ingénieurs pour les activités techniques. Doit-on redouter que cette ambition technique devore la médecine ? Sans doute, car la part d'humanité, de contact et d'analyse clinique doit prédominer, et elle reste d'ailleurs très forte dans le cadre initial de l'*Evidence-based Medicine*. S'agit-il au contraire d'un gain de chance pour les patients et la collectivité car elle permet d'améliorer le niveau de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins ?

La deuxième série d'interrogations est liée au fait que la construction des bonnes pratiques et des recommandations modifie le jeu des acteurs. La régulation des pratiques est régaliennne. Elle signifie l'introduction d'un tiers dans la relation médecin-malade au nom de la puissance publique, de l'intérêt général. Elle suppose également une modification du rapport entre les élites médicales et la médecine de tous les jours. Les recommandations sont le fruit de réunions de cercles de spécialistes médicaux. On observe un transfert de pouvoir du corps médical en général vers certaines élites représentées par les sociétés savantes, par ces experts

qui sont à l'origine des recommandations et qui en sont les porteurs. Le rôle du patient est lui aussi modifié. Les recommandations sont publiques, plus ou moins accessibles, lisibles et compréhensibles, et permettent aux associations de patients d'entrer dans une démarche d'appropriation de la connaissance médicale, ce qui aboutit à une transformation de la relation avec le médecin. Le développement des sources d'information sur les thérapeutiques et la prévention à travers Internet et les sites dédiés permettent de rééquilibrer ou de transformer l'équilibre qui existait entre professionnels de santé et patient. Le dernier exemple de transformation des relations au sein du système de santé du fait de l'émergence des bonnes pratiques est l'apparition d'un contrôle social sur l'organisation de ces pratiques. La décision du Conseil d'État, en date du 27 avril 2011, relative au recours de Formindep et qui a conduit à l'annulation et au retrait de recommandations pour des raisons de conflit d'intérêts, est bien la manifestation de ce contrôle social qui s'exerce par les médias et les associations qui interviennent dans un champ dont elles étaient très largement absentes auparavant.

Derrière cette journée, trois enjeux fondamentaux se dégagent :

- celui de la confiance, parce que ces pratiques, ces référentiels sont un gage de qualité, de sécurité et d'efficacité des prises en charges qui répond à une attente très forte des acteurs du système de santé ;
- celui de l'efficience, pour un système de santé confronté à des perspectives menaçantes et qui doit utiliser au mieux les deniers dont il dispose. Cette régulation des pratiques est une condition de l'acceptabilité de la maîtrise des dépenses, qui doit être fondée sur des critères jugés légitimes, tant par les professionnels que par les patients ;
- enfin, un enjeu éthique car le juste soin vise à répondre à une demande humaine fondamentale, celle d'être traitée le mieux possible, dans les meilleures conditions.

Cela suffit en soi à justifier notre journée de travail.

➤ Première table ronde

Disparité des pratiques des professionnels médicaux : quelles réalités ?

Dominique POLTON, directrice de la Stratégie, des Études et des Statistiques, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

France VRIJENS, expert statisticienne, Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique

Francis BONNET, professeur d'Anesthésie-Réanimation, université Pierre et Marie Curie, praticien hospitalier, membre du conseil d'administration de la Société française d'anesthésie et de réanimation

René MORNEX, professeur émérite et doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lyon, membre de l'Académie nationale de médecine, rapporteur du groupe de travail "Améliorer la pertinence des stratégies médicales" (avril 2013)

La table ronde est animée par :

Pierre-Henri BRÉCHAT, membre de la chaire Santé, Sciences Po

➤ **L'action de l'Assurance maladie face à la disparité des pratiques médicales en France**

Dominique POLTON

Je vous remercie de m'avoir conviée à ce débat qui intéresse fortement l'Assurance maladie.

✓ ***La disparité des pratiques***

La disparité des pratiques médicales n'est pas spécifique à la France et constitue un phénomène connu depuis longtemps. John Wennberg, un Américain qui a été un pionnier et un *leader* de la recherche dans ce domaine, a publié des premiers travaux sur cette question en 1982. Et dès cette époque, il a fait deux observations qui restent encore pertinentes aujourd'hui. D'abord, en comparant la variabilité géographique des pratiques dans trois pays, il a noté que celle-ci semblait moins dépendre du pays observé que du type d'intervention chirurgicale considéré : le recours à certaines interventions dont les indications étaient robustes et bien stabilisées était relativement homogène, tandis que pour d'autres interventions, faisant moins consensus, les fréquences étaient beaucoup plus variables. Il a également conclu qu'il n'y avait pas de corrélation claire entre le niveau de la consommation de soins, le fait d'hospitaliser plus, ou plus longtemps, et les résultats de santé dans la population concernée. Ces éléments sont fondateurs de la réflexion engagée depuis et qui s'est enrichie avec l'évolution de nos systèmes d'information.

En France, nous menons des observations par zones géographiques et par catégories de professionnels. Ainsi, le nombre d'appendicectomies connaît une baisse sensible depuis quelques années mais la situation est très disparate. Si toute la France présentait le même taux de recours à cette intervention que Paris, il y

aurait 15 000 appendicectomies pratiquées de moins chaque année sur un total de 80 000. Il en va de même pour les césariennes programmées dont le taux de recours est extrêmement variable selon les départements. Quelle que soit l'intervention chirurgicale, les taux de recours varient d'un facteur de un à deux ou trois selon les départements.

Il existe en outre des effets d'école ou d'engouement pour certaines techniques. Dans le domaine de la chirurgie de l'obésité, dont la prévalence croît de 15 à 20 % par an, il existe trois techniques chirurgicales différentes ; le fait que certains centres se soient spécialisés dans l'une ou l'autre de ces techniques influe directement sur la proportion de patients opérés selon cette technique aux alentours. Le recours ou non à la chirurgie ambulatoire pour un même type d'intervention varie lui aussi considérablement en fonction des régions.

Si ces observations sur la variabilité des taux d'hospitalisation pour telle ou telle intervention existent depuis longtemps, ce qui est plus nouveau, c'est la possibilité de retracer des parcours de soins grâce au chaînage des données d'hospitalisation et des soins de ville.

Une des premières exploitations que nous avons faites au sein de l'assurance maladie a été d'analyser les durées de rééducation par les masseurs-kinésithérapeutes de ville après une intervention chirurgicale. Là encore, on constate que le nombre de séances après une prothèse de hanche ou de genou ou une chirurgie du canal carpien est extrêmement variable d'une zone géographique à l'autre, et n'est pas sans lien avec la densité de kinésithérapeutes dans la zone : les durées de rééducation sont plus longues dans le Sud-Est et la région Nord-Pas de Calais où la densité de kinésithérapeutes est élevée et la patientèle moyenne par professionnel plus faible.

La possibilité de retracer les parcours de soin permet aussi d'analyser les pratiques de dépistage des patients et le devenir des patients dépistés. Pour le cancer de la prostate par exemple, on peut constater qu'alors que le dépistage systématique n'est pas recommandé par la Haute autorité de santé, il est pratiqué dans les faits, y compris aux âges élevés pour lesquels l'intérêt du dosage est très discuté au niveau international, les traitements ayant des effets secondaires nombreux sans pouvoir apporter la preuve d'un bénéfice pour tous les patients. Le constat vaut aussi pour la thyroïde : on dépiste beaucoup, si bien que l'on intervient y compris dans des cas où le bénéfice-risque de l'intervention est discutable. Pour beaucoup de pathologies, nous sommes aujourd'hui en mesure d'observer la fréquence des examens de diagnostic, des traitements, de certaines de leurs conséquences, et dans tous les cas, on constate d'importantes variations d'un département à l'autre.

Ces variations de pratiques peuvent être analysées en elles-mêmes, mais aussi être confrontées aux recommandations lorsqu'elles existent. Par exemple, si la qualité du suivi des patients diabétiques s'est améliorée ces dernières années, les situations sont, là encore, très variables entre départements. La part de diabétiques dont l'HbA1c est contrôlé au moins trois fois dans l'année – conformément aux recommandations – varie selon les départements de 25 à 60 %. Ces écarts dans la fréquence du suivi de l'HbA1C ne s'observent d'ailleurs pas seulement entre départements, mais aussi entre médecins généralistes, pour ce qui concerne leurs patientèles respectives de diabétiques. Le même constat de variabilité entre

médecins peut être établi pour les mammographies ou pour la prescription de molécules chères.

Les constats d'hétérogénéité entre zones géographiques, nous l'avons rappelé en introduction, ne sont pas spécifiques à la France. Les mêmes indicateurs que ceux que nous venons de voir sont produits par exemple par le *NHS Atlas of variations in health care* au Royaume-Uni ou le *Dartmouth Atlas of health care* aux États-Unis, et aboutissent au même type de constats.

✓ *Que faire de cette connaissance ?*

Comment interpréter cette disparité et l'ampleur de ces écarts ? Faire plus revient-il à faire mieux ou est-ce le signe d'une surconsommation de soins ? Porter un tel jugement est difficile. Un exemple : on peut s'inquiéter du développement phénoménal des interventions de chirurgie bariatrique, interventions mutilantes qui entraînent des carences alimentaires et la nécessité d'un suivi à vie. Mais en même temps, ces interventions ont des résultats positifs indéniables, à court terme, par exemple sur le diabète. La norme n'est jamais évidente.

On peut se référer en la matière à la classification de Wennberg qui distingue plusieurs types d'interventions :

- des interventions dont le rapport bénéfico-risque est clairement favorable ;
- celles qui devraient bénéficier à 100 % des patients, la problématique pouvant alors être celle d'une pratique insuffisante ;
- celles dont le choix dépend en partie des préférences des patients car il y a plusieurs options comportant chacune des bénéfices mais aussi des risques, dont l'appréciation peut varier selon les individus ;
- enfin des interventions dont la fréquence est très corrélée à la quantité d'offre de soins disponible (consultations, examens,...), sans pour autant qu'on puisse établir un lien entre le niveau de consommation et les résultats de santé subséquents.

Pour sa part, l'Assurance maladie déploie depuis plusieurs années un certain nombre d'actions pour réduire ces disparités de pratique, dont on peut donner rapidement quelques exemples.

Des procédures de mise sous accord préalable ont été mises en œuvre pour certains actes pouvant être pratiqués fréquemment en chirurgie ambulatoire. Elles ont été ciblées sur les établissements ayant des taux de chirurgie ambulatoire faibles (ces établissements devant obtenir un accord du médecin conseil pour chaque intervention pratiquée en hospitalisation complète). Les résultats ont été significatifs, puisque ces établissements ont rattrapé leur retard par rapport aux autres établissements en deux ans.

Nous avons contribué au développement, en lien avec la Haute autorité de santé (HAS), de référentiels de pratique dans certains domaines où ils n'existaient pas. Ces référentiels peuvent être utilisés de différentes manières. Ainsi pour la kinésithérapie, ils constituent la base des ententes préalables : elles ne sont plus systématiques comme auparavant, mais n'interviennent que dès lors que le nombre de séances dépasse le seuil du référentiel, avec dans ce cas une justification nécessaire. Pour les arrêts de travail, nous avons élaboré des repères sur les durées habituelles d'arrêt en fonction de la pathologie, mais aussi en fonction du poste de travail

occupé : ces repères sont fournis aux médecins prescripteurs, qui ont aujourd'hui très peu d'informations dans ce domaine. Ils sont intégrés par défaut dans la prescription électronique.

Parfois il n'existe pas de référentiel permettant de fonder des campagnes d'information, de sensibilisation ou de contrôle, mais il est néanmoins possible, à partir des bases de données, de cibler les établissements dont la pratique s'éloigne de la pratique courante sur un certain nombre d'indicateurs, pour mener des actions en direction de ces établissements. Par exemple pour l'appendicectomie, nous avons mis au point un faisceau d'indicateurs assez simples (le nombre d'interventions par rapport au total des interventions de chirurgie digestive, leur répartition sur les jours de la semaine, l'évolution de cette activité, etc.) et les établissements qui s'écartent beaucoup de la moyenne feront l'objet, en lien avec les Agences régionales de santé (ARS), d'interventions qui peuvent prendre différentes formes (groupes de pairs, revue de dossiers par des médecins conseil, etc.)

Pour terminer, j'évoquerai la rémunération sur objectifs (RSOP), dont la composante financière n'est qu'un aspect. Son intérêt principal est qu'elle oblige le praticien à analyser les résultats sur sa population et à se comparer aux moyennes. Après un an de mise en place, on observe que la part des patients diabétiques ayant effectué trois ou quatre dosages d'HbA1c progresse, notamment dans les régions où elle était la plus basse, et que même s'il existe toujours d'importantes disparités, on note une tendance à l'homogénéisation des pratiques.

Comment aller plus loin ?

Il nous faut tout d'abord poursuivre l'élaboration de référentiels de pratique, de manière résolue mais aussi pragmatique. Nous savons que nous ne pouvons pas réaliser des essais randomisés contrôlés dans tous les domaines. Ce serait bien trop coûteux. On est donc conduit, comme on l'a fait dans des secteurs tels que la kinésithérapie après intervention chirurgicale ou les durées d'arrêt de travail, à élaborer des recommandations sur la base de consensus raisonnables, sans avoir toujours le niveau de preuve scientifique souhaité. Tous les pays sont amenés à le faire.

Nous devons aussi compléter les recommandations individuelles (que dois-je faire en face de mon patient ?) par celles que l'on pourrait qualifier de « populationnelles » et qui peuvent avoir une dimension d'efficience, par exemple « dans une patientèle courante, on peut traiter un certain nombre de pathologies avec des génériques à 80 % ». Ainsi le médecin reste libre d'adapter sa prescription à chaque patient, mais nous sommes en mesure de lui faire observer qu'un taux de 10 ou 20 % est anormal, signe d'une surprescription de molécules nouvelles.

Nous avons l'habitude en France de considérer que faire vaut toujours mieux que ne pas faire. Il nous est difficile d'admettre que ne pas intervenir est parfois préférable en termes de balance bénéfice-risque, sans même faire intervenir des considérations économiques.

Sur tous ces aspects, nous devons poursuivre nos efforts.

Enfin, il y a la question fondamentale de la diffusion de ces référentiels dans la pratique des professionnels. Nous devons certainement agir en amont davantage

que nous ne le faisons aujourd'hui, notamment au niveau de la formation initiale et continue.

Le patient lui-même a aussi un rôle majeur à jouer. Dans un certain nombre d'expérimentations, on a constaté que c'est le patient qui souvent choisit lui-même de ne pas se faire opérer lorsqu'il dispose d'un éclairage complet sur les tenants et les aboutissants de son choix. C'est un domaine dans lequel nous devons également progresser.

➤ Variabilité des pratiques médicales en Belgique

France VRIJENS

En Belgique, plusieurs organismes publics travaillent sur la disparité des pratiques médicales et j'interviens pour ma part à titre de représentant du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). En Belgique, 60 % de la population parle flamand. L'organisation de la santé relève du niveau fédéral mais aussi des entités fédérées. Au total, l'organisation des soins entre dans le champ de compétence de six gouvernements (au niveau national et au niveau local). Il est important de garder ce point en mémoire pour comprendre dans certains cas l'origine de la variabilité des pratiques. Nous travaillons sur deux sources de données, celles des mutuelles en matière de remboursement et celles liées aux séjours hospitaliers (diagnostic, traitement, coût, durée de séjour).

Trois exemples me paraissent intéressants à analyser.

Le premier vise à montrer que le constat d'une variabilité des pratiques n'est pas une fin en soi. Celle-ci aboutit à des hypothèses qu'il faut ensuite tester. La carte de l'incidence du cancer de la thyroïde chez les femmes a fait couler beaucoup d'encre. En effet, la prévalence serait plus importante au Sud qu'au Nord, dans un rapport allant de un à cinq. Ce constat a suscité des inquiétudes dans la population, si bien que deux études épidémiologiques ont été lancées. La première visait à déterminer si la vie à proximité d'une centrale nucléaire pouvait accroître le risque de cancer et a abouti à une conclusion négative ; la seconde, si la prise en charge diagnostique et thérapeutiques des pathologies thyroïdiennes pouvait différer entre le Nord et le Sud du pays. Elle a permis de conclure que le Sud était beaucoup plus interventionniste et que l'on y trouvait beaucoup plus de « petits » cancers qui n'auraient pas nécessairement dû être détectés. Nous avons diffusé un communiqué de presse pour l'expliquer, en nous basant sur un faisceau de preuves permettant de conclure que les différences d'incidence observées étaient très probablement liées à une différence de prise en charge entre Nord et Sud, et en rappelant à la population le danger d'un sur-diagnostic et d'un sur-traitement⁶.

Le deuxième exemple montre que l'on utilise la variabilité pour témoigner de la performance d'un système de santé, notamment en termes d'accessibilité aux soins, d'équité entre groupes de population, de qualité de soin, de coûts ou d'efficience. Il

⁶ Francart J., Van Den Bruel A., Decallonne B., Adam M., Dubois C., De Schutter H., Vlayen J. et Stordeur S. (2012), « Différences géographiques de l'incidence du cancer de la thyroïde en Belgique : rôle des stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans la prise en charge des pathologies thyroïdiennes », Health Services Research (HSR), Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE Report 177B, www.kce.fgov.be.

s'agit du programme de dépistage du cancer du sein. En Belgique, les femmes âgées de 50 à 69 ans sont invitées à effectuer gratuitement une mammographie tous les deux ans dans des centres accrédités, avec double lecture pour limiter les faux positifs/négatifs. Les taux de réalisation de ces mammographies varient de 40 à 60 % dans les arrondissements au Nord du pays, alors qu'ils sont de 0 à 10 voire 20 % dans les arrondissements en Wallonie et à Bruxelles⁷. Ces données permettent de juger de l'efficacité des programmes de prévention. Il s'avère que les femmes wallonnes se font dépister autrement. Au Sud, les pratiques des gynécologues sont différentes, ils prescrivent plus de bilans sénologiques complets hors du cadre des programmes accrédités, avec les examens complémentaires inutiles qui peuvent s'ensuivre. Il n'est pas évident de modifier les habitudes des médecins. Le programme est en place depuis dix ans et la situation n'évolue pas beaucoup. De plus, la variabilité des pratiques peut aussi s'étudier au niveau d'une ville en établissant le lien avec le statut socioéconomique des patients, afin de mesurer l'équité du système. À Bruxelles, il existe un gradient socio-économique assez fort, puisque le Sud regroupe les communes les plus riches et le Nord les communes les plus pauvres. Le dépistage est plus utilisé dans les communes les plus pauvres, alors que le dépistage opportuniste est privilégié dans les communes les plus riches⁸. Pour améliorer la situation, nous lançons des campagnes de communication en faveur des programmes de dépistage. Nous avons également réfléchi à dérembourser les mammographies effectuées dans le cadre du dépistage opportuniste, mais l'initiative, jugée trop extrême, n'a pas abouti.

Le troisième exemple concerne l'étude des causes de la variabilité. Nous avons mené une étude sur huit types d'interventions souvent décrites comme faisant l'objet d'une variabilité inexplicée. Nous avons notamment recherché s'il existait un lien avec l'offre médicale. Il est souvent difficile de savoir où se situe la norme. Il n'existe pas de problème d'accessibilité aux soins ou de sous-utilisation pour la prothèse de genou ou la prothèse de hanche mais il y a en Belgique un gradient Est/Ouest, dans les deux cas, et nous avons pu mettre en évidence des corrélations positives entre l'offre médicale locale (nombre de chirurgiens orthopédistes) et le nombre de prothèses implantées⁹.

Lorsque nous analysons la variabilité des pratiques médicales, nous nous efforçons de déterminer si elle renvoie à des différences de pathologies ou à des préférences de patients – à condition qu'il s'agisse de patients éclairés. Cela nous permet de mesurer la performance des systèmes de santé et de générer des hypothèses que nous testons ensuite. Il faut toutefois être prudent avant de déterminer une causalité, même en cas de corrélation apparente.

⁷ Vrijens F., Renard F., Jonckheer P., Van den Heede K., Desomer A., Van de Voorde C., Walckiers D., Dubois C., Camberlin C., Vlayen J., Van Oyen H., Léonard C. et Meeus P. (2012), « La performance du système de santé belge », rapport 2012, Health Services Research (HSR), Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé, KCE Report 196B, www.kce.fgov.be.

⁸ Deguerri M., Mazina D. et De Spiegelaere M. (2012), « Troisième rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en région bruxelloise (2003-2010) », Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune.

⁹ Jacques J., Gillain D., Fecher F., Van De Sande S., Vrijens F., Ramaekers D. *et al.* (2006), « Étude des disparités de la chirurgie électorale en Belgique. Good Clinical Practice (GCP) », Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), KCE reports 42B, www.kce.fgov.be.

➤ Disparité des pratiques médicales : implication des sociétés savantes

Francis BONNET

Il existe 10 000 médecins anesthésistes en France dont 3 000 sont membres de leur société savante, la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR). Une société savante n'est donc pas un groupe d'experts mais un ensemble bien plus large représentant l'ensemble des professionnels d'une spécialité.

✓ *Comment progresser ?*

L'évolution de la mortalité liée à l'anesthésie révèle une importante diminution au cours des soixante dernières années, avec un risque qui est aujourd'hui de l'ordre de 1/10⁵.

Pour progresser en matière de morbidité et de mortalité des patients, on peut soit s'appuyer sur l'évolution des connaissances, les nouveaux médicaments, les nouvelles stratégies, ou les nouvelles technologies, soit appliquer les connaissances existantes. Il faut alors faire appel à des recommandations de « bonnes pratiques cliniques » souvent loin d'être appliquées à 100 %.

À titre d'exemple, dans le cas de la prévention des thromboses veineuses médicales ou chirurgicales, une large étude montre qu'il existe une grande variabilité d'un pays à l'autre dans l'application des bonnes pratiques chez les patients à risque, la France atteignant des taux satisfaisants. Dans un autre domaine, en matière d'antibioprophylaxie en chirurgie urologique, si l'on tient compte du respect des indications, du *timing* d'administration et de la molécule appropriée, on observe que les bonnes pratiques ne sont appliquées qu'à 60 %.

Chaque année, onze millions de Français sont anesthésiés. Si la mortalité est très faible, une analyse détaillée des dossiers au plan national fait apparaître des problèmes récurrents comme l'inhalation du contenu gastrique, liée au non respect des règles de bonne pratique dans la majorité des cas. Un autre exemple édifiant est celui des tests ou examens complémentaires qui peuvent être réalisés avant une intervention chirurgicale. La recommandation actuelle est qu'il vaut mieux ne pas faire un certain nombre de tests qui visent à dépister des anomalies extrêmement rares et qui, s'ils sont positifs, se traduisent par un grand nombre de faux positifs. Cependant de nombreux examens sont pratiqués avec excès dans ce cadre.

Questionnés au sujet des excès de prescription, les praticiens invoquent différentes raisons, notamment le fait que dans leur établissement ou leur spécialité, il existe des pratiques différentes des recommandations. Ils évoquent également, à tort, le principe de précaution. Enfin, certains s'appuient sur la littérature professionnelle ou sur leur propre expérience. Mais fort heureusement, on observe que l'expérience personnelle prévaut de moins en moins sur les recommandations collectives.

✓ *Pourquoi appliquer les recommandations de bonnes pratiques ?*

Pour illustrer les bénéfices liés à l'application des recommandations de bonne pratique, une étude a montré que lors de l'intubation oro-trachéale pratiquée en réanimation, le respect des pratiques conduisait à une réduction spectaculaire des effets secondaires. La bonne pratique permet donc d'améliorer le pronostic des patients.

Pour améliorer les pratiques, les sociétés savantes éditent des recommandations. Celles-ci sont élaborées grâce aux principes de l'*Evidence based medicine* qui consiste à poser les questions cliniques pertinentes, à rechercher des preuves soutenant certaines attitudes, à les valider et à les appliquer. Elle repose sur l'analyse de la littérature, par tous les moyens d'accès à la connaissance disponibles. Il faut ensuite classer la littérature, la coter et lui reconnaître sa valeur scientifique. Cette classification repose sur la rigueur méthodologique des études bien plus que sur les avis d'experts, lesquels sont de moindre valeur, même s'ils sont pertinents. Nos collègues anglo-saxons, pour aboutir à des recommandations beaucoup plus pratiques en évitant une discordance entre la littérature et la pratique clinique, ont inventé la méthode GRADE¹⁰ qui associe analyse de la littérature et évaluation d'experts, pour juger de la pertinence de l'application des recommandations. La méthode GRADE aboutit à des conclusions assez lisibles qui prescrivent ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire. Ces recommandations se veulent plus simples et plus compréhensibles.

✓ *Quelle est la place de ces recommandations dans l'évolution de la médecine ?*

Après des phases de recherche, d'acquisition de connaissances et de synthèse de ces recherches, la recommandation intervient et doit donner lieu à une mise en œuvre régulière ainsi qu'à une évaluation de terrain. Au-delà d'actions prioritaires qui peuvent être définies de façon nationale ou dans une spécialité, et qui aboutissent à l'élaboration de recommandations sur un sujet donné, il est important d'évaluer la pratique médicale dans le cadre des programmes de développement professionnel continue.

Il existe un certain nombre de référentiels propres à l'anesthésie-réanimation, portant sur des sujets assez larges tels que l'anesthésie ambulatoire, la prise en charge des patients en réanimation, les bilans préopératoires, etc. Une fois que les recommandations sont établies, il est important de les diffuser et les appliquer. Il faut alors faire appel à des procédures de qualité telles qu'il en existe dans l'ensemble des institutions (diffusion, audit des pratiques locales, correction des pratiques, nouvel audit de contrôle).

Les bonnes pratiques portent aussi sur l'organisation du travail. Ainsi, les *check-lists* de bloc opératoire ont prouvé qu'elles permettaient de réduire la mortalité de près de 50 %, ce qui est considérable dans un pays où onze millions de patients sont opérés chaque année. Le rôle des sociétés savantes est d'engager des études épidémiologiques pour vérifier que ce qu'elles préconisent est appliqué.

✓ *Le rôle des sociétés savantes*

En conclusion, les sociétés savantes ont pour fonction :

- de dire l'état de l'art et de formaliser les pratiques à destination de l'ensemble des praticiens ;
- de respecter une rigueur méthodologique permettant d'assurer le sérieux scientifique des recommandations qu'elles éditent ;
- de diffuser ces recommandations à travers la formation continue ;

¹⁰ Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

- de mener des actions d'évaluation.

➤ Améliorer la pertinence des stratégies médicales

René MORNEX

Mon propos est de présenter la synthèse du rapport de l'Académie de médecine sur l'amélioration de la pertinence des stratégies médicales paru en 2013.

✓ *Historique*

La réflexion autour de la pertinence des stratégies médicales est relativement récente. Les premiers articles comportant le mot « stratégie » ou les termes « rapport coût-performance » datent des années 1975. Une alerte a été émise en 1977 puis dans le cadre d'un congrès à Lyon, en 1985, durant lequel nous avons évoqué la nullité des examens préopératoires systématiques en anesthésie-réanimation. Par la suite, des recommandations ont été émises par les sociétés savantes et de nombreuses études démographiques sur les activités médicales ont été menées. Depuis trente ans, la disparité des pratiques n'a pourtant pas cessé de s'aggraver. Les conséquences en sont doubles. D'abord, le coût de la santé augmente dramatiquement. Force est de constater qu'il n'est pas possible de distinguer le secteur privé du secteur hospitalier dans ce domaine. Les conséquences sont également financières, mais cette disparité représente aussi un coût humain non négligeable pour le patient. Celui-ci subit en effet des examens contraignants, une pression psychologique accrue, et peut de surcroît se trouver soumis à un risque vital. Il y a deux jours encore, un patient est mort au moment de l'injection du Gadolinium avant un scanner. Ce coût doit être pris en compte dans la délibération et la recherche de solutions.

✓ *Recherche de solutions*

La HAS, la direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, ainsi que la Fédération hospitalière de France se sont intéressées au sujet. J'ai produit un premier rapport assez bien reçu et médiatisé, sans que cela contribue à faire évoluer favorablement la situation, au point que l'Académie nationale de médecine s'est autosaisie du problème. L'Académie se sent en effet légitime à discuter avec tous les acteurs du système de prise en charge des patients : politiques, administratifs, humains, professionnels ou sociétés savantes. Ce rapport a été réalisé durant l'année 2012.

✓ *Méthode de travail*

Nous avons, comme tout le monde, analysé les tableaux démontrant les disparités médicales en fonction des régions et de certaines situations caractéristiques que nous connaissons tous (césarienne, arthroscopie du genou, appendicectomie...). Nous avons travaillé de façon détaillée, comparant les chiffres, établissant des corrélations, comparant les régions, le privé et le public, etc. Nous avons ainsi dégagé un certain nombre d'hypothèses, dont certaines ne se sont pas avérées réalistes par la suite.

Nous avons tenté de valider nos hypothèses d'abord avec les sociétés savantes. Dans le cas de l'arthroscopie du genou avec ménisectomie, nous avons constaté

que la prévalence est très homogène jusqu'à cinquante ans. La dérive par rapport à la moyenne nationale intervient après cinquante ans. La Société d'arthroscopie nous a expliqué que le préalable indispensable à l'arthroscopie après cinquante ans est de s'assurer qu'il n'existe aucune lésion arthrosique sous-jacente, car celle-ci annule le bénéfice de l'exploration et rend la méniscectomie dangereuse.

Nous avons ensuite interrogé les acteurs de terrain, autour de la région Rhône-Alpes et des régions avoisinantes. Nous avons discuté avec les praticiens de façon libre et perçu leur réalité. Prenons l'exemple de la cholécystectomie. Selon les recommandations, la cholécystectomie pour lithiase vésiculaire ne devrait être exécutée qu'en cas de troubles fonctionnels. Très souvent, c'est le hasard qui fait découvrir la lithiase. Face à cette lithiase, si l'on demande au malade s'il a déjà ressenti des troubles digestifs et si, comme le médecin en a l'obligation, on lui parle d'un risque de cancer même de 1 pour 2 000, il est clair que la vésicule disparaît.

Nous avons également rencontré le corps judiciaire et les principaux assureurs des praticiens des secteurs public et privé. Les assureurs ont été formels : très peu de dossiers mettent en cause un praticien n'ayant pas effectué un examen qui aurait pu s'avérer utile. Quant au représentant du corps judiciaire, il a affirmé qu'il ne s'agissait pas d'un critère pour le juge, mais cette affirmation a été accueillie avec réserve.

Nous avons enfin rencontré des enseignants et des étudiants. C'est à ce niveau que le constat le plus dramatique a été fait. En effet, l'enseignement de la médecine s'est prodigieusement dégradé ces vingt dernières années. Doyen de faculté de médecine pendant dix ans, je suis conscient d'avoir alors prêté le flanc à la critique. Jour après jour, j'ai reculé devant les exigences et récriminations de la population étudiante. À la fin de mon décanat, j'ai été heureux d'affirmer que je n'aurais plus à prêter la main à un laxisme inadmissible. Ce laxisme se traduit au niveau de la formation clinique et de la formation théorique. La formation clinique a disparu de nos hôpitaux. Pour une bonne formation clinique, la présence simultanée de trois acteurs est indispensable : le malade, le senior et l'étudiant. Or il est devenu pratiquement impossible de les réunir tous les trois aujourd'hui dans un service, en raison de la très faible durée moyenne des séjours et de la multiplication des examens complémentaires. C'est l'un des points marquants de notre rapport.

✓ *Conclusions*

Les conclusions portent d'abord sur la nature des dérives constatées.

Premièrement, les recommandations sont bien connues de la plupart des praticiens mais elles concernent à l'évidence des éléments suggestifs. L'exemple typique est celui de la libération du canal carpien. La recommandation de l'HAS est très claire à ce sujet : l'indication dépend du degré d'inconfort du malade. On ne peut pas mettre la médecine en équation.

Deuxièmement, les dérives n'impliquent pas obligatoirement des fautes éthiques ou déontologiques. Je me suis efforcé d'adopter un point de vue extrêmement tolérant vis-à-vis de l'activité du corps médical et j'ai évacué toute réflexion relative au mercantilisme.

Troisièmement, il me semble que la responsabilité médicale reste entière. C'est le médecin qui doit décider de l'opportunité d'un examen et d'une intervention, même

si l'exercice est difficile, compliqué par l'environnement sociétal et la pression du malade inquiet, qui n'a pas toujours conscience du caractère aggravant car anxiogène que peuvent avoir des examens inutiles. Dans le cas du cancer de la thyroïde, une échographie réalisée sans approche intelligente du problème, sans considérer que la découverte d'un nodule de quelques millimètres de diamètre n'a aucun intérêt pour le malade, peut enclencher un processus qui se termine généralement par une thyroïdectomie. Il en va exactement de même pour la prostate.

Nous avons conclu, en ce qui concerne les causes profondes de ces dérives, que l'insuffisante approche clinique était liée à une carence de la formation clinique. Consacrer quelques minutes à l'examen du malade ne suffit pas à mettre en place une stratégie cohérente avec un séquençage des examens. Hélas, cette cause profonde est soumise à une aggravation progressive au gré des réformes successives.

✓ *Recommandations*

Un certain nombre de recommandations a été formulé à l'issue de ces conclusions.

La première d'entre elles concerne la formation clinique du 2^e cycle et la correction de son examen final. Les étudiants actuellement n'apprennent pas la médecine : ils apprennent à réussir à leur examen national classant. À peine une question sur une cinquantaine évoque la nécessaire hiérarchisation des examens dans le cadre du diagnostic alors qu'il s'agit d'un élément essentiel. Deuxièmement, les étudiants se désintéressent de l'examen théorique durant leur 2^e cycle parce que l'enjeu est nul par rapport à l'examen classant, qui va régler en deux jours le reste de leur carrière, ce qui me paraît injuste et contre-performant.

Les recommandations de l'HAS sont très utiles mais ne constituent que des points de repère. La médecine ne peut être transformée en un système binaire comme peuvent l'être d'autres procédures industrielles.

Les parcours de soins doivent être repensés. C'est peut-être la recommandation qui sera la plus difficile à mettre en place. Il faudrait en effet que pour les examens les plus lourds, en particulier pour toute l'imagerie moderne, des niveaux de responsabilité hiérarchisée soient définis, comme ce fut le cas pour l'obstétrique. Il n'est pas acceptable qu'un scanner soit prescrit sous prétexte qu'il est impossible d'obtenir un rendez-vous pour pratiquer une IRM.

Le financement favorise les activités techniques au détriment de l'activité intellectuelle, cet interrogatoire soigneux et précieux.

Enfin, la dernière recommandation encourage à lancer une véritable campagne de sensibilisation du public. Il faut faire comprendre à nos concitoyens que s'ils veulent continuer à accéder à une médecine efficace et de qualité, il faut qu'ils se respectent eux-mêmes, qu'ils ont des droits mais aussi des devoirs. L'exemple du succès de la campagne sur les antibiotiques est, de ce point de vue, encourageant.

➤ Échanges avec la salle

Charles DESCOURS, sénateur honoraire, chirurgien

Si le thème de la régulation des pratiques médicales est au programme de Sciences Po, il serait souhaitable qu'il soit également au programme des facultés de médecine car ce sont les médecins qui prescrivent.

Dominique Polton a raison d'indiquer que certains examens sont inutiles et que l'abstention doit parfois être la règle. Mais j'ai appris, il y a quelques jours, qu'un tribunal avait condamné un médecin à l'issue de la plainte d'un malade parce qu'il n'avait pas accepté de lui prescrire un dosage de PSA, au motif que cela constituait pour lui une perte de chance. Les juges et la médecine font souvent deux. Enfin, je regrette que les syndicats de médecins généralistes ne soient pas à la tribune car ils sont confrontés à la demande des malades. L'une de mes cousines s'est plainte récemment que son petit-fils n'avait pas pu passer de scanner alors qu'il avait mal à la tête.

L'étude de la médecine en trente ans a considérablement évolué. Il me semble important de revenir aux pratiques cliniques, même si l'imagerie médicale a fait des progrès considérables. Revenons aux fondamentaux, le *primum non nocere* et un examen clinique convenable. La régulation des pratiques médicales s'apprend à l'hôpital, au lit du malade et non pas seulement à Sciences Po.

Christine ROULLIERE-LE LIDEC, médecin économiste

Existe-t-il des études sur les pratiques médicales dans d'autres pays que la France, en particulier au sein de l'Union européenne ?

Dominique POLTON

L'OCDE met à disposition de plus en plus de données comparatives entre pays, qui montrent effectivement des différences entre les situations moyennes. Mais c'est aussi au sein de chaque pays qu'on constate de très importantes variations. Par exemple, les Pays-Bas ont globalement une consommation médicamenteuse beaucoup plus faible que la nôtre mais, même au sein des Pays-Bas, il existe des variations considérables entre le Sud et le Nord. Je ne suis pas certaine que ce constat puisse nous aiguiller vers des leviers d'action. Il est en revanche intéressant d'analyser la façon dont les pays mettent en place et utilisent les référentiels car il existe à ce niveau des perceptions et des façons de faire différentes.

Francis BONNET

Au niveau européen, on retrouve d'un pays à l'autre la même hétérogénéité. Les sociétés savantes européennes sont sensibles à l'idée d'homogénéiser les pratiques. Il existe en revanche un véritable clivage qui dépend du système de protection sociale. Nos collègues nord-américains, par exemple, ont une attitude différente, une approche autre vis-à-vis des choix d'examen qui dépend certes de la bonne médecine mais aussi du poids de la société, du niveau de remboursement, de la judiciarisation possible. Divers éléments interfèrent avec la décision médicale et sont susceptibles de modifier la bonne pratique en fonction de l'attente sociétale.

René MORNEX

Au niveau de la France, une observation grossière montre qu'il existe des différences très significatives dans les activités et les dépenses en fonction des régions. Ainsi, l'Alsace est au-dessus de toutes les autres régions sur les quinze items que nous avons étudiés. En Alsace, on considère normal que « la Caisse paye ». La région la moins dépensière est l'Auvergne. Ces particularités doivent être rapprochées d'une autre notion importante, celle d'écoles. Il existe en médecine des écoles qui dépendent beaucoup de la personnalité d'individus qui ont pu exercer une forte influence localement. Cela ce constate en Alsace qui dépasse la moyenne dans tous les domaines sauf au niveau de l'appendicectomie. L'Alsace est l'endroit où l'on pratique le moins cette intervention, en raison d'une démarche volontariste de la part des chirurgiens, notamment strasbourgeois, qui a contribué à en réduire la fréquence. En Rhône-Alpes, un grand cardiologue, Roger Froment, à force de faire preuve de prudence, a contribué à freiner toutes les avancées chirurgicales locales. Dans la région Rhône-Alpes, on observe un moindre recours aux coronarographies, aux *stents* et aux *by-pass*. On m'a suggéré que la mortalité cardiaque devait y être plus faible qu'ailleurs. Mais après vérification, il s'avère qu'il est difficile d'obtenir des statistiques fiables en la matière, du fait de la mauvaise rédaction des certificats de décès.

James GOLDBERG, oncologue

Je suis très heureux que nous ayons l'opportunité de cet échange sur un tel thème. Il me semble important de favoriser aujourd'hui la communication entre les différentes régions et entre les institutions afin que davantage d'acteurs soient appelés à donner leur avis et avancer leurs idées. Une récente conférence sur la cancérologie aux États-Unis a rassemblé 33 000 personnes. Nous avons notamment pu mesurer à quel point la médecine personnalisée va profondément changer la donne en matière de pratiques médicales. Comment entendez-vous favoriser la communication entre les acteurs de la santé (étudiants, professeurs, praticiens, patients, statisticiens...) afin de faire émerger des questions toujours plus pertinentes et d'assurer une certaine efficacité des soins ?

René MORNEX

Je suis assez réticent vis-à-vis des oncologues, bien souvent des « jusqu'aboutistes » qui n'hésitent pas à aller chercher la cinquième ligne thérapeutique pour un individu à l'article de la mort. Les réunions de coopération (RCP) que nous avons fortement critiquées souffrent de l'absence de l'avocat du malade qu'est le médecin traitant. Trop souvent, c'est celui qui parle le plus fort qui entraîne la conviction des autres. Nous souhaiterions qu'un contact physique ou au moins téléphonique soit prévu avec les médecins traitants lors de ces réunions. Tout ceci nécessite un effort de réflexion philosophique de la part de la population. De telles pratiques sont liées au fait que les gens ne veulent plus mourir. Une telle situation ne peut être améliorée que par un travail très en profondeur de sensibilisation de l'ensemble de la population.

Yann BOURGUEIL, directeur de l'IRDES

L'étude des disparités de pratiques est un outil très intéressant pour favoriser le dialogue entre les acteurs. Il faut souligner la dimension sociale et économique qui

peut expliquer les variations de pratiques, celles-ci étant construites au niveau tarifaire (dépassements d'honoraires) ou à l'échelon assurantiel (couverture complémentaire). Des variations de pratiques peuvent également s'expliquer par des niveaux de compétences en santé qui diffèrent selon les populations dont la capacité à naviguer dans le système de soin est plus ou moins forte. Ces dimensions rejoignent la notion d'équité, au-delà de la technique et de la pratique médicale. Cette facette sociale et économique est importante, elle ajoute de la complexité mais elle doit être prise en compte surtout si l'objectif est de réduire les inégalités en matière de recours aux soins.

Christian PRIEUR, ancien directeur de la CNAM

Je tiens à dire ma satisfaction de voir utiliser dans le titre de ce colloque le terme de « réguler » alors que l'Assurance maladie et de nombreux acteurs utilisent l'expression de « gestion du risque ». Ce terme est très négatif car il se réfère à un contexte assurantiel et débouche sur la sélection du risque, voire sur la surtarification des mauvais risques. Tout système productif est nécessairement régulé par ceux qui sont appelés à le financer.

De la salle, *Que Choisir Santé*

On prescrit plus d'antibiotiques en France que dans les autres pays européens, et l'on sait qu'on en prescrit trop. Des preuves scientifiques de l'inutilité de cette prescription dans de nombreuses situations existent, ainsi que des recommandations, et pourtant la sur-prescription continue. Comment expliquer cette disparité et quels protocoles mettre en place pour en comprendre les ressorts et les moteurs ?

La prescription d'antibiotique a quand même bien diminué, notamment à partir de la campagne de 2002, en particulier chez les jeunes. Cette campagne a d'ailleurs montré que pour être efficace, il fallait s'adresser à la fois aux praticiens et aux patients. Mais il est vrai que l'évolution est lente, nous restons au-dessus de nombreux autres pays. Certaines molécules ne peuvent plus être utilisées en France, parce que nous avons développé des résistances, alors qu'elles peuvent l'être encore dans certains pays nordiques. Nous déployons beaucoup d'énergie mais les changements ne sont jamais immédiats ou radicaux. Ainsi, nous ne parvenons pas à réduire les durées de traitement des personnes âgées par benzodiazépines à demi-vie longue, en dépit des potentialités d'interactions dangereuses qui sont avérées. On peut s'étonner de cette inertie quand les données scientifiques sont connues et les recommandations publiées : cela montre que la décision médicale est complexe, et sans doute n'analyse-t-on pas suffisamment ce qui la motive, l'interaction avec le patient, la place accordée au médicament dans le colloque singulier, etc. Nous devrions certainement approfondir notre connaissance en la matière car toutes ces décisions individuelles finissent par former une pratique. En tout cas, nous ne devons pas baisser les bras car même si cette connaissance évolue lentement, elle évolue.

Victor RODWIN, CNAM, université de New York

Les données présentées par Dominique Polton ne sont pas suffisamment connues. Ces données sont-elles accessibles aux sociétés savantes et à l'Académie de

médecine ? Peuvent-elles les analyser ? Peut-être faudrait-il rendre ces données accessibles, y compris aux étudiants en médecine dans le cadre de leur cursus.

Francis BONNET

Ces données sont connues des sociétés savantes et les interpellent quant aux pratiques des professionnels et aux éléments qui les déterminent. La SFAR a commencé à se rapprocher de la CNAM pour accéder à ses bases de données qui sont très importantes. Certaines pratiques sont expérimentales mais d'autres sont médicales et concernent une masse importante de patients ; nous sommes avides de données épidémiologiques de ce type. Il est extrêmement important de connaître l'état des lieux pour faire évoluer les choses.

René MORNEX

La Fédération hospitalière m'a permis d'accéder aux données mais elle a indiqué que la CNAM refusait de transmettre un certain nombre d'informations.

Dominique POLTON

Beaucoup de ces données sont accessibles, sous forme de bases préformatées, à de nombreux opérateurs. Avec les sociétés savantes, qui ont besoin de données assez spécifiques, nécessitant des extractions *ad hoc*, des partenariats se mettent en place progressivement. Les urologues sont les premiers à nous avoir approchés. Avec une équipe de l'INSERM, nous leur avons fabriqué une cohorte que nous suivons depuis très longtemps. Nous pourrions faire de même pour d'autres sociétés savantes afin de permettre un suivi dans le temps. Bon nombre d'acteurs ont accès à nos données mais peu les utilisent, et il faut dire qu'elles sont complexes à exploiter. Ce ne sont pas des données fabriquées dans un but épidémiologique, même si elles peuvent être utilisées à cette fin et le sont de plus en plus ; ce sont des données issues d'un processus administratif et opérationnel de remboursement de feuilles de soins. Il faut acquérir des compétences particulières pour les traiter, mais c'est possible : un certain nombre d'équipes INSERM le font aujourd'hui couramment. Par exemple, l'équipe d'urologues dont je parlais s'est associée à des biostatisticiens INSERM pour exploiter les données. En effet, il faudrait vraiment développer cette mise à disposition de données aux sociétés savantes car le SNIIRAM est un reflet des pratiques réelles sur lequel elles s'appuieraient pour conduire des actions d'amélioration de la qualité des soins dans leur communauté.

René MORNEX

Les enseignants se doivent de suivre et d'étudier ces données mais on ne peut pas leur demander de manipuler des chiffres en permanence. Il est regrettable qu'on ne puisse pas établir une liaison plus solide entre la réflexion médicale et la production de statistiques. On ne résoudra pas le problème de la prescription de l'appendicectomie avec des chiffres. Ce problème relève avant tout de la philosophie thérapeutique.

↘ Deuxième table ronde

Quels outils d'encadrement des pratiques, pour quels effets ?

Marie GROSSET, maître des requêtes en service extraordinaire, Conseil d'État

Gérard REACH, professeur des universités-praticien hospitalier, service d'endocrinologie-diabétologie-maladies métaboliques, hôpital Avicenne, Bobigny

Bruno TOUSSAINT, directeur de la revue *Prescrire*

Claude RAMBAUD, présidente du Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

La table ronde est animée par :

Mathilde REYNAUDI, Chargée de mission, département Travail Emploi, Commissariat général à la stratégie et à la prospective

Mathilde REYNAUDI

Après avoir constaté, lors de la première table ronde, l'existence de disparités dans les pratiques médicales, la deuxième table ronde va être consacrée aux outils disponibles pour encadrer ces pratiques : les recommandations de bonnes pratiques, mais aussi d'autres moyens d'optimiser les pratiques des professionnels de soins tels que les dispositifs d'incitation financière qui peuvent se combiner avec notamment les logiciels de praticiens, les visites du régulateur, les groupes de pairs, etc.

➤ **État des lieux critique des normes régissant les pratiques médicales**

Marie Grosset

Il s'agit maintenant d'aborder les logiques et les variétés des normes sanitaires relatives à la pratique médicale. Le sujet étant très vaste, je me contenterai d'une réflexion sur les normes qui influent directement sur l'exercice de l'art médical et laisserai de côté celles qui règlementent l'accès aux soins, l'organisation et la coordination des activités de soins, ou encore celles relatives aux produits de santé.

✓ *Introduction*

Plutôt que de répertorier toutes les normes relatives aux pratiques médicales, il faut rechercher comment elles se sont construites et quelles logiques ont prévalu à leur création. Pour que cette analyse soit exhaustive et pragmatique, il m'est apparu nécessaire d'appréhender le mot « normes » de façon large. Il a trois origines. Il peut être entendu comme ce qui doit être – *norma* en latin signifie « l'équerre » –, mais aussi comme ce qui est l'état habituel, régulier, conforme à la majorité des cas, ou encore comme définissant le procédé technique.

Les normes sont pléthoriques dans tous les domaines et les pratiques médicales, pourtant *a priori* réfractaires à toute idée de règle, n'y échappent pas. Malgré le caractère éminemment relatif et contingent de l'art médical, qui s'exerce dans l'intimité du cabinet ou de la chambre d'hôpital et dans le cadre du colloque singulier entre le médecin et le patient, et malgré le principe fondamental de la liberté

thérapeutique reconnue au médecin, les normes se sont multipliées. Nous disposons à la fois des normes classiques (lois, décrets, arrêtés), des normes empiriques (usages, coutumes), des normes de type conventionnel ou encore des normes appliquées, telles que se dégageant de la jurisprudence. Ces normes sont nombreuses, protéiformes et fruits de logiques extrêmement diverses. J'ai distingué trois logiques prédominantes qui doivent s'appréhender avec une certaine perméabilité les unes par rapport aux autres.

✓ *Les normes issues d'une logique d'autorégulation intraprofessionnelle*

Les premières normes relatives à la pratique médicale ont été créées par les professionnels eux-mêmes, à la fois pour ériger des règles éthiques, permettant de réguler les pratiques et de distinguer le bon médecin du mauvais, mais également pour partager et transmettre les savoirs. Ces normes, fruits de consensus, bénéficient aujourd'hui encore d'une très grande légitimité qui leur garantit une efficacité certaine. La première norme à laquelle on pense naturellement est le serment d'Hippocrate qui a traversé les époques et garde une pertinence surprenante. C'est un ensemble de règles qui détermine les conduites à tenir. Ce serment est à l'origine de la déontologie, terme dérivé de deux mots grecs, *deontos*, ce qui est convenable, et *logos*, la connaissance. La déontologie regroupe une compilation de normes relatives à la pratique médicale. Si autrefois elle était limitée à une morale professionnelle, elle traite désormais de l'ensemble des devoirs particuliers qui s'impose aux relations entre les professionnels et les patients, aux relations entre les professionnels eux-mêmes et aux différents modes d'exercice. C'est une source de droit tout à fait majeure dans le cadre des pratiques médicales.

Par ailleurs, aucun apprentissage ne peut se faire sans généralité et donc sans norme. Pour partager un savoir, améliorer et diffuser sa pratique, le corps médical n'a eu d'autre choix que d'apporter un certain niveau de généralité à son exercice afin d'identifier des symptômes, des méthodes de diagnostic et de formaliser ces éléments. Le bon médecin est à la fois celui qui sait et celui qui peut adapter cette connaissance à la spécificité de son patient. La formalisation et la diffusion de ces « balises » se sont vite révélées indispensables à l'essor de la médecine. Elles ont été parfois réalisées par de grands médecins ou par des collègues de professionnels qui existent depuis le Moyen Âge. Loin d'être uniformes, les usages et les coutumes relatives aux pratiques médicales se sont construites dans la diversité. Du fait notamment de la particularité des pathologies ou de contingences locales, des doctrines différentes ont émergé. La technicisation de la médecine et la multiplication des spécialités médicales ont aussi engendré une multiplication et une diversification de ces normes. Appelées « bonnes pratiques » ou « référentiels », ces règles ont prospéré grâce aux évolutions des modes de transmission et de diffusion des savoirs (l'imprimerie en son temps ou Internet aujourd'hui).

Presque chaque spécialité possède sa société savante, ou une institution similaire, qui édicte ses bonnes pratiques. Celles-ci sont sans cesse mises à jour, pour garder leur pertinence et refléter au mieux les « données acquises de la science » – notion extrêmement difficile à déterminer et fondamentale, notamment lorsque la responsabilité d'un professionnel est mise en cause.

À ces lignes de conduite intra-professionnelles s'ajoutent les protocoles de soins et autres réglementations internes des établissements, adaptés à chaque configuration locale. L'ensemble de ces normes apparaissent structurellement variées et

fragmentées. Elles sont dépourvues de hiérarchie entre elles puisqu'elles sont spécifiques au domaine qui les concerne. Elles constituent un premier groupe horizontal et hétérogène de normes qui se révèlent parfois contradictoires ou incompatibles. On peut citer à titre d'exemple le débat animé entre anesthésistes et obstétriciens autour de l'indication de la péridurale.

✓ *Les normes issues d'une logique de régulation étatique ou interventionniste*

Pendant des siècles, l'État s'est très peu intéressé aux pratiques médicales. L'État providence s'est manifesté en France par la création de la Sécurité sociale qui va bouleverser la place de la santé dans nos sociétés et les rapports entre professionnels et patients. Année après année, l'État va s'immiscer de plus en plus dans les pratiques médicales, d'une part en endossant certaines normes déjà conçues par les professionnels et en formalisant certains principes fondamentaux et d'autre part, en ajoutant de nouvelles règles et exigences à certaines pratiques. La puissance publique, en donnant naissance à plusieurs textes à forte valeur juridique comme des lois et décrets, démontre sa volonté d'uniformiser et de généraliser, voire de faire évoluer certaines pratiques jugées fondamentales pour l'intérêt général. La plus forte manifestation de cette immixtion de l'État est l'insertion dans le préambule de la Constitution de 1946 de l'alinéa 11 qui dispose « La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et au vieux travailleur, la protection de la santé ». Cette norme ne se rattache pas directement aux pratiques médicales mais elle irradie tout le champ de la santé.

La logique interventionniste se manifeste à travers de nombreuses normes dont certaines sont emblématiques, à commencer par la réforme qui a conféré un caractère réglementaire aux codes de déontologie. Actuellement, les codes de déontologie ne sont plus seulement préparés par les conseils de l'ordre, ils sont adoptés par décret en Conseil d'État. Ce mécanisme, qui octroie un caractère contraignant et original aux règles déontologiques, permet à la puissance publique d'être associée à la création de cette norme et de veiller à la cohérence d'ensemble du système. Les juges peuvent ainsi se fonder sur des fautes déontologiques pour engager la responsabilité des professionnels. Cette immixtion se traduit aussi dans l'ensemble des textes qui permettent de déterminer les compétences de chaque profession médicale et paramédicale. Ainsi, le champ d'activité des sages-femmes est déterminé par la loi et son décret d'application. Cette immixtion se manifeste de façon particulièrement prégnante dans la loi du 4 mars 2002, qui, dans le prolongement des évolutions déjà amorcées par les professionnels eux-mêmes, qui préconisaient une prise en compte du malade en tant que sujet, institue une nouvelle forme de rapports plus égalitaires entre le médecin et son patient. Cette loi érige notamment en principe le droit au refus de soin, l'obligation d'information du médecin, etc. La jurisprudence s'est faite l'écho de ces évolutions en incitant les professionnels à informer davantage. Deux décisions du Conseil d'État et de la Cour de cassation ont étendu l'obligation d'information à tous les risques, même exceptionnels.

Enfin, l'État s'est immiscé dans des domaines particulièrement sensibles que sont l'IVG, la recherche biomédicale, les activités bioéthiques et les questions d'interruption de traitement, notamment en fin de vie. Toutes ces normes témoignent de la volonté de l'État, face à des interrogations éthiques nouvelles et aux progrès médicaux prométhéens, de fixer des limites et des lignes directrices à des pratiques

médicales bouleversées. Se trouve ainsi révélée une composante qu'on appelle en droit « l'ordre public », pour lequel l'État a toute légitimité à intervenir. En effet, ces pratiques n'impliquent plus uniquement le médecin et son patient mais également des tiers, voire la société toute entière.

Les progrès de la science, la démocratisation de la vie sociale, l'essor d'Internet et des informations de vulgarisation de la médecine, l'enjeu financier que représente le monde de la santé et, de façon générale, l'intérêt de plus en plus grand manifesté par les Français pour les questions de santé justifient, et justifieront à l'avenir, l'intervention de la puissance publique sur les grandes questions de santé publique.

Ces normes à forte valeur contraignante, qui sont supérieures aux normes intra-professionnelles, constituent un second groupe que je qualifierai de « verticales ». Elles tracent les contours de la médecine moderne mais sont souvent mal perçues et mal appliquées par ceux qui doivent les mettre en œuvre, à l'image de la mise en œuvre de la loi Leonetti sur la fin de vie. Leur efficience pose donc une véritable difficulté.

✓ *Les normes issues de logiques de crise*

Précisons qu'il ne s'agit pas de parler des normes édictées au titre de la gestion de crise mais de regrouper l'ensemble des normes qui sont le fruit des mutations institutionnelles et philosophiques profondes intervenues dans le domaine de la santé, ces dernières décennies, du fait des crises, et notamment de la crise de financement de la Sécurité sociale, qui perdure, et des crises sanitaires (SIDA, sang contaminé, amiante). Ces crises ont justifié d'une part le renforcement important de la sécurité sanitaire et des outils de prévention et, d'autre part, la mise en place d'outils de régulation des pratiques médicales afin de réduire les dépenses de sécurité sociale.

Ces nouvelles normes ont modifié les rapports entre la puissance publique, qui souhaite éviter de nouvelles mises en cause, et les médecins, soumis à une pression normative nouvelle.

Le renforcement de la sécurité sanitaire en France s'est traduit par la création de nombreuses agences dotées du pouvoir d'édicter des règles ou des recommandations de bonnes pratiques, donc des normes. Ces agences interviennent soit dans un domaine dédié, à l'instar de l'Agence de la biomédecine, soit de façon plus générale, à l'image de la HAS dont une des missions essentielles est d'éditer des recommandations de bonnes pratiques.

Parallèlement, le code de la Sécurité sociale et les conventions médicales liant les caisses d'assurance maladie et les médecins – dont les dispositions relatives à la tarification et au remboursement des actes et prestations de médecine de ville ou des activités de soins en établissement de santé influençaient déjà nécessairement les pratiques médicales – se sont dotés de nouvelles dispositions régissant directement les pratiques médicales pour répondre au souci de mieux maîtriser les dépenses de santé.

Cette nouvelle forme de normes se révèle à travers l'inscription de principes nouveaux comme celui selon lequel *les médecins sont tenus, dans tous les actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en*

vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, ou à travers l'adoption de nouvelles dispositions qui visent à limiter ou encadrer la liberté de prescription. Je pense notamment à la législation sur la prescription de médicaments génériques, ou de médicament en dehors de leur indication d'autorisation de mise sur le marché (AMM), ou encore à la rédaction de référentiels de prescription d'arrêts de travail. Elle se révèle également à travers la mise en place d'outils comme les références médicales opposables et les rémunérations sur objectifs. Toutes ces normes révèlent une nouvelle logique d'optimisation économique des pratiques médicales. Cette approche trouve une forte traduction institutionnelle dans la mission d'évaluation médico-économique qui a été confiée à la HAS en 2008, qui a donné lieu récemment à la création de la Commission d'évaluation économique et de santé publique.

Face à l'accueil particulièrement réservé des professionnels qui voient dans cette prolifération de normes une immixtion que je qualifierai de « désagréable », de nouvelles normes, issues de la même logique mais de type conventionnel ont vu le jour. Il s'agit des accords de bon usage de soin ou des contrats de bonnes pratiques ou encore des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Ces nouvelles normes contractuelles présentent l'avantage d'être élaborées en concertation avec les professionnels et d'être mieux adaptées aux situations particulières. Elles rétablissent un dialogue entre les normes horizontales et les normes verticales.

Pourtant, évoluant parmi de nombreuses autres normes d'origine et de nature juridique hétérogènes, ces normes sont venues également complexifier la forêt normative dans laquelle le médecin doit trouver le chemin du bon art médical.

✓ Conclusion

En conclusion, nous pouvons estimer que l'enjeu de ces prochaines années semble être de trois natures :

- éviter que la multiplication des normes ne se transforme en Tour de Babel normative aboutissant à l'illisibilité totale du dispositif et à l'effet inverse de celui recherché ;
- éviter que la pression normative annihile la liberté thérapeutique du professionnel et ne le décourage ;
- éviter une augmentation irrationnelle des dépenses de santé, tout en permettant au médecin d'offrir des soins de qualité.

Afin de parvenir à cet équilibre, peut-être est-il nécessaire de passer d'un système de logique normative différenciée et multiple à une logique normative intégrée. En préconisant le passage d'un système d'agrégation de normes à celui d'une articulation de normes, la clarification et la rationalisation engendrée par cette articulation ne pourront qu'être profitables à la liberté thérapeutique du médecin et à la sérénité nécessaire au bien soigné.

➤ La position du médecin face aux recommandations de bonnes pratiques

Gérard REACH

Le débat d'aujourd'hui révèle une tension entre la santé publique et des situations individuelles. L'hétérogénéité observée au niveau des patients existe également du

côté des médecins. Il est donc normal que les comportements soient aussi hétérogènes. La réflexion que l'on peut avoir à l'échelon individuel est de même nature que celle que l'on peut conduire à l'échelle d'une population.

✓ L'*Evidence-based medicine*

Autrefois, l'action du médecin était *a priori* simple : il délivrait une ordonnance. Mais il pouvait s'interroger sur la pertinence d'un test diagnostique ou d'un traitement. La réponse à de telles questions n'est pas évidente, en raison de la variabilité des phénomènes vivants. Pour un même traitement, certains patients peuvent réagir favorablement, d'autres pas. L'*Evidence-based medicine* est le moyen de décrire cette variabilité, à partir d'études menées sur des échantillons importants de population, afin d'évaluer un test diagnostique ou un traitement.

La publication d'une étude à grande échelle débute toujours par un premier tableau qui présente la randomisation et ses sous-groupes homogènes. Pour les besoins de cette étude, on a créé des groupes de patients « moyens ». Ainsi, l'on est certain que l'effet observé est lié au médicament étudié, puisque les patients sont identiques. À partir de ces essais cliniques sont établies des recommandations.

En réalité, tout n'est pas si simple. Les fondateurs de l'*Evidence-based medicine* estiment qu'il faut partir des faits scientifiques, des études de fond, pour élaborer des recommandations, avant de les diffuser aux médecins. Ils n'ont jamais cessé d'attirer l'attention sur la nécessité de tenir compte, dans toute décision médicale, des faits mais aussi du patient, de ses caractéristiques et préférences.

L'*Evidence-based medicine* a rapidement posé un certain nombre de problèmes. Historiquement, elle est apparue en 1972 dans un article de Cochrane¹¹. Très vite, le constat a été fait que les recommandations n'étaient que rarement appliquées. En 2001, Phillips *et al.*¹² décrivent le phénomène d'inertie clinique. En principe, tout est simple : le patient tombe malade, il rencontre un médecin qui prend une décision thérapeutique en se référant plus ou moins aux recommandations. Le patient suit cette décision ce qui garantit l'efficacité des soins. Malheureusement, la réalité est différente. Il arrive que le médecin ne suive pas la recommandation, ce que Phillips qualifie « d'inertie clinique », avec les conséquences qu'on peut imaginer en termes d'efficacité des soins.

La définition de l'inertie clinique par Phillips mérite d'être lue : « *Les buts du traitement sont bien définis, des traitements efficaces sont largement disponibles, les recommandations ont été diffusées de toute part. Malgré ces progrès, les soignants ne commencent pas ou n'intensifient pas le traitement lors de consultations où il faudrait à l'évidence le faire. Nous appelons inertie clinique un tel comportement : reconnaissance du problème, pas de passage à l'acte.* »

¹¹ Cochrane A. L. (1972), *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* (2nd ed.), London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

¹² Phillips L.S., Branch W.T., Cook C.B., Doyle J.P., El-Kebbi I.M., Gallina D.L., Miller C.D., Ziemer D.C. et Barnes C.S. (2001), "Clinical inertia", *Ann Intern Med*, Nov. 6, 135(9):825-34, Review. PMID: 11694107 [PubMed - indexed for MEDLINE].

Dans un article publié en 2006¹³, Bachimont et ses collaborateurs, après avoir demandé à des médecins généralistes ce qu'ils pensaient des recommandations, soulignent que si les médecins affirment les connaître, ils ne les utilisent pas parce qu'ils les trouvent trop rigides et éloignées des réalités.

✓ *La différence entre les études et la « vraie vie »*

Un fossé sépare les études et la réalité, « la vraie vie ». Dans ces travaux, les patients non observants sont exclus au moment de l'inclusion, ou parfois de l'analyse des données et les médecins ne sont pas inertes. On cherche à répondre à une question, des critères d'inclusion et d'exclusion des patients sont définis. On raisonne sur des cohortes et l'on compare des groupes de patients moyens. Mais dans la réalité, il n'existe pas de critères d'inclusion. Le patient ne pose pas une mais plusieurs questions. Ce que le médecin entend, ce n'est pas une question, mais il voit une situation et un contexte. Il soigne un individu. Même si les trois groupes de patients sont identiques, ils ne le sont que par rapport à ce qui figure dans le tableau 1 de l'étude. Qu'en est-il de données plus subtiles, plus floues, telles que le type de symptôme, l'évolutivité de la maladie, l'existence de comorbidité, la tolérance au traitement, le profil psychologique du patient, les difficultés d'observance, les souhaits du patient ? Ce sont autant de questions que le médecin se pose avant de prescrire.

Les études cherchent à répondre à une question. Dans la réalité, la difficulté n'est pas de répondre à la question mais de la formuler. Lisez à ce sujet l'ouvrage de Donald Schön¹⁴ dans lequel il écrit : « *Dans le monde réel de la pratique, les problèmes ne se présentent pas au praticien comme donnés ; ils doivent être construits à partir des matériaux de situations problématiques, qui sont intrigantes, troublantes et incertaines.* ». Telle est notre vie de médecin au quotidien.

Les études utilisent des méthodes sans biais, autant que faire se peut. En réalité, le raisonnement du médecin est soumis à des biais, il faut l'accepter. Les médecins sont des êtres humains qui éprouvent des émotions. L'émotion est absente des essais cliniques. Ainsi, un médecin préférera l'erreur par omission aux « erreurs par commission ». Le médecin préfère qu'il arrive quelque chose de fâcheux en raison de ce qu'il n'a pas fait, plutôt qu'en raison de ce qu'il a fait. C'est le cas vis-à-vis de la prescription d'anticoagulants en cas d'arythmie complète par fibrillation auriculaire. Une « erreur par commission », la prescription d'anticoagulant, est celle qui aboutit à un accident hémorragique. Mais l'erreur par omission aboutit à un accident thromboembolique. Une étude réalisée auprès de médecins généralistes ayant connu parmi leur patientèle un cas d'accident hémorragique a montré que dans les mois qui ont suivi, ils se sont mis à moins prescrire d'anticoagulants de façon significative. Alors que s'ils ont connu un cas d'accident thromboembolique, erreur par omission, ils se sont mis à en prescrire un peu plus, mais de façon non

¹³ Bachimont J., Cogneau J. et Letourmy A. (2006), « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 », *Sciences Sociales et Santé* 24: 75-103.

¹⁴ Schön D. (1983), *The Reflective Practitioner. How Professional Think in Action.*



significative¹⁵. Lorsqu'il raisonne, le médecin pense au regret qu'il risque d'éprouver face à un événement fâcheux et il cherche à l'éviter.

Dans l'article d'Anderson¹⁶, il est démontré que face à une décision difficile à prendre, le manque de temps est le premier facteur de *statu quo* et d'absence de décision. L'inertie clinique peut être vue comme un exemple de ce phénomène. Dans un autre article, les médecins généralistes affirment n'avoir ni le temps, ni la formation, pour mettre en œuvre certaines recommandations. Une étude intéressante a montré que le degré d'inertie clinique est plus élevé lorsque les consultations sont courtes, notamment lorsque le patient vient avec un problème inopiné. On traite alors le problème urgent et l'on oublie la prévention, par exemple une intensification du traitement dans le domaine du diabète.

Il existe une différence entre les *guidelines* – recommandations – et la façon dont le médecin raisonne, les *mindlines*, combinaisons mentales d'information élaborées à partir de différentes sources, les recommandations, l'expérience personnelle, l'expérience clinique, les discussions avec les pairs, l'interaction avec les patients, l'expression des leaders d'opinion, et les messages de l'industrie pharmaceutique¹⁷. Parfois, les médecins ont raison de ne pas suivre les recommandations. Une étude montre que lorsqu'ils n'en disposaient pas, on ne les avertissait pas qu'ils avaient eu tort¹⁸. Sans doute avaient-ils eu raison ! Dans une autre étude, on découvre qu'à 93 %, les pairs interrogés validaient le fait que les médecins n'aient pas appliqué les recommandations¹⁹.

Pour Phillips, les cliniciens expérimentés savent reconnaître qu'il y a toujours des exceptions et que l'insistance rigide concernant l'application uniforme des recommandations pourrait entraîner un traitement excessif et des interventions inappropriées. C'est pourquoi aujourd'hui, les bonnes recommandations sont celles qui sont individualisées, comme celles du consensus américano-européen en matière de diabète²⁰.

N'existe-t-il pas une antinomie dans la phrase « recommandation individualisée » ? C'est ce qu'a toujours affirmé l'*Evidence-based medicine* qui encourage à prendre

¹⁵ Choudhry N.K., Anderson G.M., Laupacis A., Ross-Degnan D., Normand S.L., Soumerai S.B. (2006), "Impact of adverse events on prescribing warfarin in patients with atrial fibrillation: Matched pair analysis", *British Medical Journal* 332: 141-5.

¹⁶ Anderson C.J. (2003), "The Psychology of doing nothing: Forms of decision avoidance result from reason and emotion", *Psychological Bulletin*, Vol. 129(1), janvier, p. 139-166.

¹⁷ Gabbay J. et le May A. (2004), "Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care", *British Medical Journal*, 329:1013-1017.

¹⁸ Crowley M;J, Smith V.A., Olsen M.K. *et al.* (2011), "Treatment intensification in a hypertension telemanagement trial. Clinical inertia or good clinical judgment?", *Hypertension* 58: 552-8.

¹⁹ Persell S.D., Dolan N.C., Friesema E.M. *et al.* (2010), "Frequency of inappropriate medical exceptions to quality measures", *Ann Intern Med* 152: 225-31. "Case of elevated glycosylated hemoglobin". *Ann Fam Med* 5: 196-201

²⁰ Inzuchi S.E., Bergenstal R.M., Buse J.B., Diamant M., Ferrannini E., Nauck M. *et al.* (2012), "Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A patient-centered approach. Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)", *Diabetologia* 55:1577-96; *Diabetes Care* 35:1364-79.

en compte les faits mais aussi le patient que vous avez face à vous, ses caractéristiques et ses préférences.

✓ *Les recommandations, pour quoi faire ?*

Les recommandations jouent, selon moi, un rôle essentiellement pédagogique. Dans l'article de Guyatt évoquant pour la première fois la notion d'*Evidence-based medicine*, il était question de *new approach to teaching the practise of medicine*, donc essentiellement d'un rôle pédagogique pour les étudiants en médecine, ou les médecins face à une maladie qui ne leur est pas familière²¹. On peut dire aux étudiants qu'ils doivent apprendre les recommandations de l'HAS, mais aussi apprendre à décider, à apprécier le contexte, à décider s'il faut, en fonction du contexte et du patient, d'appliquer la recommandation.

Les tenants de l'*Evidence-based medicine* comme Sackett parlent « *d'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient* ». Il y a bien longtemps, Aristote avait dit « *quiconque possède la définition sans l'expérience et acquiert la connaissance de l'universel mais ignore le singulier contenu dans l'universel se trompera souvent de traitement, car ce que l'on soigne, c'est le singulier* ».

Il est important que nous, médecins, continuions à utiliser ce que nous avons appelé notre raison médicale, dans le livre récent consacré à l'inertie clinique²².

➤ **Améliorer les pratiques : pour quoi faire, avec quel référentiel ?**

Bruno TOUSSAINT

Nous constatons que les professionnels de santé sont soumis à bon nombre de pressions, d'incitations, d'injonctions souvent contradictoires. À la rédaction de *Prescrire*, nous nous posons ces questions : pour qui travaille-t-on ? De qui défend-on les intérêts en fin de compte ? Le professionnel de santé est-il au service d'abord des patients ? N'est-il pas parfois au service de ses collègues soignants, des firmes pharmaceutiques, de l'assureur maladie obligatoire, de l'administration, ou au service de sa carrière, de sa notoriété ? Ce sont des questions qu'il faut souvent se poser.

L'équipe de *Prescrire* a choisi de donner la priorité à l'intérêt des patients. Tel est le cap que nous nous sommes fixé. C'est le premier article des statuts de l'association *Mieux prescrire*, qui édite *Prescrire*, association à but non lucratif financée uniquement par les abonnés, sans publicité.

²¹ Evidence Based Medicine Working Group (1992), "Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine", *Journal of the American Medical Association* 268 : 2420-5.

²² Reach G. (2012), *L'Inertie clinique, une critique de la raison médicale*, préface de Joël Ménard, Springer.

✓ *Analyse des nouveaux médicaments*

Prescrire analyse et examine pratiquement tous les nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché français, sauf les médicaments de diagnostic. En 2012, nous en avons examiné quatre-vingt-deux. Nous classons ces médicaments en plusieurs catégories en fonction du seul critère qu'est le progrès thérapeutique. L'argent, l'intérêt de la sécurité sociale ou celui des firmes n'entrent pas en ligne de compte. Selon notre analyse, les médicaments intéressants en 2012, qui apportaient en effet un progrès, étaient au nombre de quatre sur quatre-vingt-deux. Les médicaments éventuellement utiles à certains patients étaient au nombre de quatorze, ceux n'apportant aucun progrès en termes de soin au nombre de quarante-deux et ceux dont *Prescrire* déconseille l'usage étaient au nombre de quinze. La rédaction n'a pu se prononcer sur sept de ces médicaments faute de données pertinentes.

Cette analyse montre assez clairement que les pratiques d'autorisation de mise sur le marché, dictées par l'État, et les pratiques de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire n'aident pas les médecins à mieux soigner. Cette masse de médicaments qui font double emploi encombre la pharmacopée, les recommandations, l'esprit des médecins, les ordonnances, les officines, les pharmacies des patients. Elle distrait des meilleurs choix. Quant aux médicaments qui sont en fait une régression, ils sont à l'évidence des incitations à moins bien soigner. Les autorisations n'émanent pas des professionnels de santé. Il existe par ailleurs une certaine incertitude sur plusieurs médicaments au sujet desquels nous n'avons pas disposé de suffisamment d'éléments pour nous prononcer.

✓ *Analyse des guides de pratiques cliniques de la Haute autorité de santé*

Prescrire a réalisé un examen critique des guides de pratique clinique édités par la Haute autorité de santé (HAS). Les médecins sont souvent réticents à appliquer les réglementations et nous avons entendu ce matin diverses raisons qui expliquent cette attitude. Nous estimons qu'il faut s'intéresser à la qualité même de ces recommandations, en particulier lorsqu'elles émanent de la HAS, car l'argument d'autorité n'a pas sa place dans la médecine.

Depuis 2007, nous classons ces guides en quatre catégories. Sur les dix dernières publications, un seul guide a été classé dans la catégorie « intéressants », c'est-à-dire que les soignants concernés ont intérêt à le lire et à en tenir compte. Un guide a été classé dans la catégorie « acceptables », c'est-à-dire que les soignants concernés ont intérêt à lire ces guides, mais avec un esprit critique, et à en tenir compte, avec des nuances. Les guides « inutiles », qui ne constituent pas un support solide, sont au nombre de quatre sur dix, de même que les guides qui, selon nous, devraient être rejetés et déconseillés pour une meilleure prise en charge des patients.

La HAS a publié plus de dix guides depuis sa création. J'ai limité mon propos aux dix derniers, les plus récents, car les premiers étaient gravement entachés par l'existence de conflits d'intérêts concernant une bonne partie des experts qui étaient plus au service des fabricants que des patients, en particulier un guide sur le diabète et un autre sur la maladie d'Alzheimer.

Notre analyse a débouché sur un certain nombre de conclusions qui méritent réflexion, indépendamment du domaine abordé par les guides :

- « recommandations nuancées, tenant compte de la balance bénéfices-
risques des interventions (...) ; utile pour une prise en charge individualisée » ;
- « un outil pratique (...) incomplet » ;
- « trop de contradictions » ;
- « il ne s'agit pas d'une révision reposant sur un travail méthodique (recherche
documentaire exhaustive et actualisée, analyse approfondie des données
actualisées, présentation de la balance bénéfices-
risques des médicaments) mais tout juste d'un replâtrage » ;
- « ce guide médicalise la vie de nombreux enfants sans preuve d'efficacité ni
d'innocuité (...) ; rien ne dit que ce guide ne soit pas plus dangereux qu'utile » – il
paraît logique que les médecins ne suivent pas les recommandations d'un tel guide ;
- « certaines recommandations, bien justifiées par l'argumentaire, ne
concernent que les spécialistes (...) ; celles destinées aux soignants de première
ligne sont peu précises ou pas évaluées » ;
- « l'argumentaire de ce guide ne justifie ni le bien-fondé ni l'applicabilité du
repérage précoce et du signalement des cas suspects » ;
- « l'argumentation, souvent opaque, ne permet pas de préciser la balance
bénéfices-
risques des recommandations » – l'un des principes du serment
d'Hippocrate est d'abord de ne pas nuire ;
- « la HAS a émis ces recommandations en écartant sciemment la question de
la balance bénéfices-
risques » ;
- « le manque de données solides et les oppositions entre les différentes
tendances (...) n'ont pas permis d'accord véritable ; la plupart des recommandations
ne sont pas consensuelles ; présenter les quelques certitudes et les différentes
options aurait aidé les familles et les soignants non spécialisés ».

✓ Examen des objectifs de pratiques de soins et de réduction des coûts

Nous avons examiné les vingt-quatre objectifs de pratique de soins et de réduction des coûts liés à la convention médicale de 2011 entre l'Assurance maladie et les syndicats dits représentatifs des médecins. Certains nous semblent plutôt cohérents avec la qualité des soins, bien que l'on puisse sans doute discuter des pourcentages proposés, mais d'autres ne le sont pas.

Dans le domaine des médicaments, les objectifs incitent les médecins à prescrire des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques. Mais dans ce répertoire, il manque des substances de base, de premier choix, convenant au mieux à beaucoup de patients, en particulier des médicaments anciens et vendus très peu chers comme la chlortalidone (qui ne dispose pas d'AMM en France sous forme non associée), ou l'hydrochlorothiazide. Parmi les antidépresseurs, on trouve dans le répertoire des génériques la venlafaxine qui expose à des effets indésirables injustifiés, en particulier en cas de surdose. L'inscription au répertoire des génériques n'est pas orientée par la qualité des soins mais uniquement par des motifs économiques. En 2008, deux génériques du Mediator y ont fait leur entrée. Un traitement par générique du Mediator, même à un centime par an, est trop cher vu ce que nous savons de cette substance.

Parmi les autres objectifs, figure l'incitation au dépistage du cancer du sein dont la balance bénéfice-
risque est discutée, car discutable. Elle est en particulier très mal connue en ce qui concerne le dépistage individuel non organisé.

Il nous semble important de veiller à ne pas motiver l'évolution des pratiques par la chasse à la prime et à encourager l'application docile de consignes, façon presse-bouton, alors que pour les patients, mieux vaut des soignants motivés par leur métier, attentifs, bien formés et exerçant leur esprit critique. Prenons garde également à ne pas juger seulement sur les statistiques tirées des bases de données car les soins ne se réduisent pas à des chiffres.

✓ *Recommandations*

Prescrire adresse trois recommandations à ceux qui réfléchissent à la régulation des pratiques et à leur évolution :

- donner la priorité à l'intérêt des patients, y compris à l'adaptation des soins à chaque personne ;
- gare aux choix et aux limites des référentiels ;
- gare aux effets nocifs des incitations car bon nombre d'entre elles peuvent être nocives, au moins autant que les médicaments.

➤ **La voix des patients**

Claude RAMBAUD

Que dire après toutes ces communications ? Que reste-t-il si nous n'avons plus de normes, plus d'incitation et plus de Haute autorité de santé ?

✓ *La diversité des pratiques*

Quelques travaux ont tenté d'établir les liens entre diversité des pratiques et inefficience sans véritablement y parvenir, essentiellement parce qu'il s'agit de personnes, d'enjeux de vie et de souffrance humaine. Les rares études disponibles nous invitent à la réflexion et au constat. Les États-Unis ont lancé une étude d'envergure qui a permis de conclure que 30 % des actes médicaux étaient inutiles, soit un coût annuel de 750 milliards de dollars. Rapporté à la population de la France, compte tenu des dépenses de santé des ménages et des coûts de soins dans notre pays, cela représente entre 30 et 40 milliards d'euros. Il existe peu d'études en France, mais celle de Margaret Chan de l'OMS, parle de 20 à 40 % de gaspillage. Des enquêtes ciblées, dont une concernant l'endoscopie en PACA, évoquent environ 30 % d'actes non justifiés. Toutes les enquêtes convergent autour de ce taux d'actes qui seraient inutiles, ce qui ne signifie pas qu'il s'agisse d'actes déviants. Cette réalité doit nous faire réfléchir car même si, en tant que représentante des patients, je suis attachée à la qualité des soins et à la sécurité des personnes, le problème de l'efficience est important. Le gaspillage des ressources représente autant d'argent qui va manquer pour une bonne prise en charge. Nous sommes donc concernés par le sujet.

La présentation de Dominique Polton nous incite aussi à la réflexion. Il serait intéressant de savoir si les différentiels évoqués sont superposables ou non à l'état de santé des populations. Si tel n'est pas le cas, cela pose un problème d'équité mais aussi d'injustice. De nombreux exemples ont été cités. Il a été question du problème de la prostate qui ne se limite pas au dépistage. Il serait temps de déterminer si le robot Da Vinci représente un progrès ou pas. Si, grâce à lui, il est possible de préserver l'anatomie des hommes, il est extrêmement grave de continuer à opérer sans lui. D'autres interventions posent problème mais ne donnent

lieu à une action qu'en situation de crise. Quand, dans l'Aveyron, un établissement affichait 50 % de mortalité après l'opération du cancer du côlon, il a bien fallu agir. Nous avons connu un cas similaire en chirurgie cardiaque dans l'Est de la France. En l'occurrence, le chirurgien reconnaissait « avoir de la casse » mais se défendait en affirmant qu'il opérait des patients que les autres ne voulaient pas opérer, parmi lesquels certains survivaient. Comment faire la différence *a posteriori*? La question de la régulation des pratiques médicales est un véritable sujet, pas seulement en termes économiques, c'est aussi un sujet humaniste et d'éthique.

Concernant les médicaments, la problématique des antibiotiques renvoie à la fois à l'individu, car une thérapeutique inadaptée peut provoquer une catastrophe, mais aussi à la problématique de santé publique par la promotion des bactéries multi-résistantes. L'Assurance maladie a trouvé une solution : elle restitue à 60 000 généralistes leur consommation d'antibiotiques en nombre de boîtes. Ceux qui sont au-dessus de la moyenne établie reçoivent la visite du médecin de la CPAM pour les interroger. Les données de l'Assurance maladie sont très intéressantes. Elles permettent de connaître, par médecin, le type de pratique en antibiothérapie par pathologie. Sur les trois premiers mois de cette expérience, 10 000 boîtes en moins ont été prescrites, alors que les indicateurs globaux de consommation d'antibiotiques augmentaient dans le même temps. Certaines mesures pédagogiques de ce type permettent d'améliorer les résultats.

✓ *Les réponses possibles du point de vue du patient*

Du point de vue du patient, la question de la régulation ne se pose pas. Le patient fait avant tout confiance. Face à une maladie grave, nous-mêmes, à titre personnel, nous ferions confiance au médecin. La relation de soin repose sur cette confiance. En tant que représentants des usagers, nous sommes souvent interpellés sur les questions d'efficacité, de pertinence, voire de responsabilité. Nous savons que derrière les inégalités de pratique se profile un risque de perte de chance, tant en termes économiques, car le système de remboursement peut amener un patient à décaler la prise en charge de son problème de santé, qu'en termes de qualité de la prise en charge.

Nous sommes des initiés. Nous pouvons donc jouer un rôle pour nous-mêmes et pour nos proches en posant les bonnes questions. Les États-Unis mènent une campagne intitulée « Patients speak-up ! », « patients, exprimez-vous ! ». Dans *Que Choisir Santé* du mois dernier, une dizaine de pages étaient consacrées à la pertinence. La revue conseillait de poser une question simple : « docteur, est-ce bien nécessaire ? ». Cette seule question peut avoir une incidence pédagogique et inviter le médecin à s'interroger sur sa pratique.

Il a également été question des RCP. Ils gagneraient à permettre aux médecins conseils des patients d'intervenir. Mais pourquoi ne pas y inviter directement le patient ? Un certain nombre d'entre nous seraient certainement d'accord pour prendre part à la discussion sur les pistes envisagées, surtout lorsque le pronostic est grave. Nous devrions discuter de ce point.

Le patient a également un rôle à jouer au niveau du parcours de soins. Certaines associations sont inquiètes et craignent que le coordonnateur ne soit qu'une strate supplémentaire entre le patient et son parcours. Il nous faut avant tout des



indicateurs, car l'évaluation est essentielle à l'optimisation des modes de prise en charge.

La norme, quelle qu'elle soit, doit avant tout être mise en place par ceux qui la pratiquent au quotidien, sans quoi elle ne fonctionne pas. Les commissions comptent trop de non cliniciens. En matière de décision médicale, le patient est obligatoirement soumis à la variabilité des pratiques, d'abord en raison du caractère unique de l'acte de soin. Le patient est un être unique, avec son histoire, ses antécédents, ses réactions propres, à un instant unique et dans un environnement unique. Le praticien aussi est unique, avec son histoire, sa formation, son école, ses maîtres à penser, ses habitudes, sa culture. Les normes sont nécessaires. Elles doivent être établies par ceux qui les pratiquent, sans jamais perdre de vue que la situation sera toujours unique dans le temps et dans l'espace. Chaque situation de soin sera toujours profondément individuelle.

N'oublions pas l'accélération des innovations qui agit en permanence sur les processus de soins et qui est intégrée dans cette relation unique en fonction de la capacité d'information et de formation du médecin. Il nous paraît urgent de mettre en place le DPC.

Les patients sont invités à donner leur point de vue dans un grand nombre de commissions. Certaines normes ne servent à rien mais rien n'indique qu'elles soient lues et qu'elles parviennent au médecin. La communication des normes représente un travail de publication considérable.

L'évaluation est un autre élément extrêmement important, au même titre que la transparence des données. L'accès aux données est aujourd'hui extrêmement compliqué mais nous devons nous en emparer pour pouvoir peser sur le système et déterminer ce que les patients peuvent attendre du système d'assurance maladie. L'information du grand public nous paraît indispensable. L'éducation à la santé, qui commence par la bonne connaissance du corps, doit être renforcée au lycée. Cela permettra de progresser en matière de prévention primaire car réduire les coûts passe par réduire la maladie.

➤ Échanges avec la salle

Question de la salle

Pouvez-vous nous expliquer la méthode utilisée par *Prescrire* pour établir ses différentes critiques ?

Bruno TOUSSAINT

Il s'agit d'un travail collectif, d'équipe, qui implique de nombreux membres de la rédaction, une documentation réunie de façon méthodique – selon une démarche que nous explicitons. Le centre de documentation de *Prescrire* nous coûte environ 600 000 euros par an sur un budget annuel de 18 millions d'euros. Nous sommes abonnés à près de 250 revues biomédicales.

Ce travail collectif comprend la formulation des questions, pour faire émerger la problématique, puis un travail méthodique par étape, avec des regards croisés et



plusieurs contrôles qualité internes et externes. Chaque texte est relu par dix à trente personnes extérieures à la rédaction. La plupart des rédacteurs sont des professionnels de santé qui exercent cette activité à temps partiel (médecins, pharmaciens, infirmiers...). Personnellement, je n'exerce plus la médecine depuis dix ans.

Pour examiner les nouveaux médicaments, nous avons un outil de veille qui permet de choisir l'ordre d'analyse. Nous les soumettons à une grille.

Pour les recommandations HAS, le projet a démarré en 2006. Il existe là encore une procédure qui prévoit une grille d'analyse.

Nos rédacteurs s'engagent à n'avoir aucun lien d'intérêt en dehors de *Prescrire*. S'ils ont omis de signaler un lien d'intérêt ou s'ils n'en ont pas conscience, le processus rédactionnel, avec ses étapes, ses regards croisés et ses contrôles qualité, nous a toujours préservés de tout conflit d'intérêts.

Nous prônons l'esprit critique et nous sommes ouverts à toutes remarques concernant notre analyse, nous apportons les précisions et corrections nécessaires le cas échéant. Si certaines personnes estiment avoir des arguments leur permettant de remettre en cause notre jugement, nous publions le texte qu'elles nous font parvenir et notre réponse, afin que chacun soit tenu informé de ces divergences d'analyses.

Question de la salle

Il est assez facile de dire « non » à tout pour voir dire ensuite « nous l'avions bien dit ! ».

Bruno TOUSSAINT

Certes, mais nous ne disons pas « non » à tout. Nous constatons que 20 % des médicaments nouveaux apportent un progrès et nous estimons que deux des dix derniers guides de la HAS sont acceptables, voire utiles. *Prescrire* ne dit pas non à tout, c'est inexact.

Jérôme MARTY, Union française pour une médecine libre

Vous avez demandé ce qu'il resterait s'il n'y avait plus de référence et plus d'agence. Je vous rassure, il resterait les médecins, ce qui est le plus important.

J'ai apprécié la façon dont le professeur Mornex a rappelé combien le sens clinique est important et son enseignement primordial dans notre métier. Je remercie le professeur Reach d'avoir su rappeler la difficulté de la pratique et combien le doute est important dans notre profession. Quant à Bruno Toussaint, je lui sais gré d'avoir indiqué que les médecins n'étaient en aucun cas une simple chambre d'enregistrement.

Votre colloque porte sur la régulation des pratiques médicales, se plaçant en aval. Mais avant de parler de l'aval, il faut parler de l'amont. On ne peut pas évoquer la régulation des pratiques médicales sans d'avoir parlé de régulation de la profession. Notre profession va mal. Nous connaissons une crise sanitaire grave. Les médecins ne s'installent plus. La médecine générale est sinistrée. À peine 9 % des étudiants

s'installent au sortir de la faculté, ils mettent cinq ans à s'installer. 25 % des médecins en exercice sont des médecins étrangers, 9 à 10 % des médecins retraités. L'avenant 8 met en péril la chirurgie libérale et donc l'hôpital public. L'hôpital public va mal. La gouvernance ignore les équipes, massacre les médecins. La Sécurité sociale se désengage, cela se ressentira sur les pratiques. Nous allons vers des réseaux de soins : on est en train de livrer notre système aux financeurs, ce qui impactera également les pratiques. Nous devons craindre un conflit d'intérêts majeur au sein des réseaux, puisque le médecin sera lié avec le financeur dans ses actes et ses prescriptions. C'est la fin du respect du médecin et du serment d'Hippocrate. Les pratiques vont fondamentalement changer.

Depuis trente ans, nous avons vu la multiplication des agences. Ce système est un échec. Il n'y a jamais eu autant d'agences, jamais autant de recommandations, jamais autant d'autorités, jamais autant de scandales et de crises dans la profession. Nous avons joué sur la défiance alors qu'il fallait jouer sur la confiance vis-à-vis des médecins.

L'UFML regroupe externes, internes, médecins du secteur 1, du secteur 2, le public, le privé, l'ensemble de la profession. Nous proposons une main tendue. Madame Rambaud, il est urgent que nous travaillions ensemble. Nous devons intervenir auprès d'organismes comme *Santéclair*, qui prône la mise en place des réseaux. Il est urgent de discuter avec les médecins, avec l'ensemble de la profession. Accepterez-vous cette main tendue ?

Claude RAMBAUD

J'ai toujours considéré que les associations devaient travailler avec les professionnels. Je vous rejoins totalement concernant le rôle des financeurs. La régulation passe-t-elle par l'économie ? C'est possible. Il existe des pays dans lesquels cela fonctionne grâce à un équilibre des forces. L'important est de travailler dans l'intérêt des patients. La question de la complémentaire obligatoire peut se poser. Si celle-ci se limite à cinquante euros par mois, elle ne couvrira rien. Vous n'y trouverez pas votre compte et nous non plus. Ce sont des sujets que nous pouvons aborder main dans la main. Mais nous voulons également évoquer les dépassements d'honoraires. Nous pourrions, en évitant ces dépenses de trente à quarante milliards d'euros inutiles, mieux rémunérer les médecins et aboutir à un parcours de soins à tarif raisonnable. L'accès aux soins pour tous est une préoccupation essentielle pour nous.

Jean-Claude GALETTE, UFML

Il n'existe pas de « dépassement », mais des honoraires libres définis par la convention, couplés à une insuffisance de la prise en charge par le régime obligatoire qui s'est creusée par le simple mécanisme de l'inflation faute de revalorisation depuis trente ans. Arrêtons de parler de dépassement si nous voulons que le débat progresse. En tant que généraliste, j'ai besoin des chirurgiens, peu importe leur secteur. J'ai besoin de pouvoir adresser mes patients quelque part. Le jour où il n'y aura plus de chirurgiens, mes patients ne seront pas avancés.

Quelqu'un s'est-il amusé à simuler ce que serait la consultation idéale respectant tous les décrets, lois, codes de déontologie, expliquant au patient tous les effets indésirables, y compris les exceptionnels ? Il y en aurait pour une bonne heure. Tout

cela doit être relativisé. Il faut cesser de contraindre le cadre de l'exercice médical par du juridique qui finit par se retourner contre le patient. Les patients ne s'y trompent pas beaucoup. Si les politiciens et journalistes bénéficient d'une cote de confiance de 25 à 35 %, celle des médecins est de 93 à 95 %. Nous ne sommes pas si inquiets, même si les conditions d'exercice se dégradent en permanence.

Je suggère à Madame Rambaud, le CISS étant subventionné par l'État à 90 %, de poser les questions aux bons interlocuteurs concernant les actes inutiles. En France, les médecins prescrivent parfois des examens qui leur semblent inutiles sur demande expresse du patient. Il ne faut pas inverser les rôles. Les enquêtes déclaratives sont basées sur le sentiment des médecins qui considèrent que 28 % de leurs actes pourraient être évités.

Comment expliquer que les physiciens parviennent à s'accommoder de la relativité pour le global et de la mécanique quantique pour le local, sachant que ces deux théories ne sont pas compatibles entre elles, alors qu'en médecine nous ne parvenons pas à le comprendre ?

Question de la salle

Il serait regrettable de conclure cette table ronde sur une telle déclaration de la part des médecins. Si les économistes de la santé ont cru bon d'établir des recommandations et si l'État se sent fondé à intervenir, c'est qu'il existe des dérives. L'exemple du Mediator est frappant. Il s'agit du troisième médicament le plus prescrit en France entre 2002 et 2009, tandis que dans d'autres pays, son efficacité était mise en cause. On a beaucoup parlé de régulation étatique mais qu'en est-il de l'autorégulation des professionnels de la médecine ?

Claude RAMBAUD

Pour permettre l'autorégulation, il faut restituer des données aux professionnels. L'expérience montre qu'avec les antibiotiques, l'autorégulation a porté ses fruits, grâce à la communication aux professionnels du résultat de leurs pratiques en termes de volumes. Cette transparence permet de rétablir la confiance. Les patients ont confiance dans leurs médecins, cela ne fait aucun doute, mais l'autorégulation exige de savoir et de connaître. Il faut donc que les données soient accessibles à chaque praticien afin qu'il s'interroge sur sa pratique vis-à-vis de la moyenne. Les normes sont incontournables mais il faut que les médecins s'en emparent. Le succès de la SFAR vient probablement du fait qu'elle s'est emparée du sujet il y a un peu plus de trente ans.

Bruno TOUSSAINT

Vous avez évoqué l'autorégulation. Je vous rappelle que *Prescrire* est rédigé et financé par des professionnels de santé pour des professionnels de santé. Les abonnés de *Prescrire* savaient depuis 1997 qu'il valait mieux ne pas prescrire le Mediator. Il est vrai que la régulation étatique sur le sujet a pris un retard scandaleux.

Marie GROSSET

Il est regrettable de clore ce débat sur une crispation et une tension. Les instruments de normes d'autorégulation et de normes de régulation étatiques doivent être mieux



réfléchis et articulés. Nous sommes face à des enjeux importants et nous devons trouver des solutions. N'oublions pas que l'on cherche à réguler les pratiques pour améliorer la qualité des soins des patients mais aussi l'équilibre du système financier. Mieux vaut envisager une remise en question constructive qu'une mise en accusation. La priorité me semble être d'améliorer la qualité des soins et de trouver la norme la plus juste et la plus appropriée.

➤ Troisième table ronde

Comment évaluer au mieux les pratiques des professionnels ?

Guy BOUDET, chef du bureau chargé de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu des professions de santé, Direction générale de l'offre de soins

Robert NICODEME, professeur de médecine générale et président de la section Formation et compétences, Conseil national de l'ordre des médecins

Una LANE, directrice, direction Inscription et revalidation, *General Medical Council*, Royaume-Uni

Rémy BATAILLON, directeur adjoint, direction Amélioration de la qualité et de la sécurité, Haute autorité de santé

Mathieu ESCOT, chargé de mission Santé, *UFC-Que Choisir*

La table ronde est animée par :

Gilles DUHAMEL, membre de la chaire Santé, Sciences Po

Gilles DUHAMEL

Nous avons un programme chargé à l'issue des deux premières tables rondes qui ont montré que l'homogénéité des pratiques médicales n'est pas concevable au moins du point de vue de la norme « dure ». L'interrogation n'est pas tant « que fait-on ? » mais « comment faire ? ». C'est précisément le propos de cette troisième session que Guy Boudet va introduire en abordant le développement professionnel continu.

➤ **Développement professionnel continu et évolution des pratiques professionnelles**

Guy BOUDET

En premier lieu, je vous donnerai quelques repères-clés sur le développement professionnel continu (DPC). Nous verrons que cette notion fait la jonction entre la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. On constate en effet, au terme d'un certain nombre d'années de fonctionnement, que ces dispositifs ont évolué de manière séparée et que le développement professionnel continu consiste à les réunir en un nouveau concept. Nous verrons en second lieu quels sont les acteurs amenés à intervenir dans le dispositif, ce dernier étant destiné à l'ensemble des professionnels de santé.

✓ *Le développement professionnel continu*

- De quoi parle-t-on ?

Le développement professionnel continu (DPC) est un dispositif visant à revoir profondément les pratiques en matière d'amélioration et de perfectionnement des

connaissances, d'analyse des pratiques professionnelles, au profit de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Il pose une obligation individuelle pour l'ensemble des professionnels de santé, médicaux et non médicaux. Cette notion d'obligation a un certain nombre de conséquences, par exemple en termes de contrôle de cette obligation.

Le développement professionnel continu opère une fusion entre la formation continue des médecins et l'évaluation des pratiques, ce qui pose des difficultés eu égard la nature des populations concernées. En effet, soit il s'agit de populations exerçant une profession libérale et la mise en place d'un dispositif valable pour tous s'avère parfois complexe ; soit il s'agit par exemple de médecins salariés en milieu hospitalier, et les réactions de ces populations ne sont pas les mêmes au regard des différents dispositifs. L'objectif est également de mobiliser tous les organismes représentant ces professions autour de la notion de développement professionnel continu.

- Historique

À l'origine, l'actualisation de ses connaissances est un devoir déontologique pour le professionnel de santé, puisqu'il est appelé à donner les soins les meilleurs possibles aux personnes qu'il soigne. Les médecins et universitaires ont ressenti très tôt, dans les années 1950, le besoin d'un enseignement postuniversitaire. À cet égard, la réforme hospitalo-universitaire de 1958 est importante, de même que l'apparition de la formation continue pour tous dans les années 1970. Dès lors, les médecins ont pris à leur compte la nécessité de se former et d'actualiser leurs connaissances.

En 1996, à l'occasion de la réforme de la Sécurité sociale, le gouvernement rend obligatoire la formation médicale continue pour tous les médecins en exercice (ordonnances Juppé). En 2002, la loi du 4 mars sur les droits du malade rappelle la nécessité d'une formation médicale continue. En 2004, la création de la Haute autorité de santé et l'évaluation des pratiques sont concomitantes. À cette époque, l'obligation consiste à cumuler des crédits sur la formation continue d'une part et sur l'évaluation des pratiques, d'autre part. Elle est alors étendue aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens.

Jusqu'en 2009 et la création du développement professionnel continu, les dispositifs ne sont pas complets. En 2002, ont été annoncées des structures appelées à être régionalisées mais elles n'ont jamais été mises en place. En 2004, on s'est interrogé sur la pertinence d'une séparation entre la formation continue et l'évaluation des pratiques. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a alors été saisie et a produit deux rapports, dont le deuxième paru en novembre 2008 accompagnait la préparation de la loi du 21 juillet 2009 (dite loi HPST²³) et proposait une fusion entre formation professionnelle continue et évaluation des pratiques professionnelles.

- Insertion dans le Code de santé publique

La loi HPST, insérée dans le Code de santé publique, fixe dans son article 59 les grands principes du développement professionnel continu. Cet article définit le

²³ Loi "Hôpital, patients, santé, territoires".

caractère obligatoire, fixe les principes d'un contrôle du respect de cette obligation ainsi que des critères de qualité des actions définis par décrets.

L'affaire Mediator a joué un rôle important puisqu'elle a fait apparaître en filigrane le lien existant entre la formation continue, notamment du corps médical, et le financement par l'industrie pharmaceutique, un lien à la source de conflits d'intérêts. Le Mediator est une illustration malheureuse de la situation de conflit d'intérêts qui impacte l'ensemble du dispositif. Alors que les décrets d'application étaient prêts à paraître à la fin de l'année 2010, le ministre de la Santé a donc demandé que les Assises du médicament revoient un certain nombre de sujets, parmi lesquels figurait la formation des professionnels de santé. Il a ainsi été tenu compte de l'affaire du Mediator pour renforcer les dispositions prévues dans ce domaine.

- Le programme de DPC

Les décrets du 30 décembre 2011 fixent une définition unique du développement professionnel continu à partir d'objectifs communs pour l'ensemble des professionnels de santé. Pour satisfaire à l'obligation individuelle, le professionnel doit suivre ce qu'on appelle un programme de DPC qui obéit aux conditions suivantes :

- . être conforme à une orientation nationale déterminée par le ministère. L'orientation peut être régionale si les Agences régionales de santé font remonter un besoin spécifique au territoire qu'elles sont chargées de gérer ;
- . comporter une des méthodes et des modalités validées par la Haute Autorité de Santé après avis de la Commission Scientifique Indépendante (CSI) des médecins, créée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 ;
- . être mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré avec appréciation favorable de la CSI, par l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC), qui constitue un guichet unique ;
- . enfin, le DPC s'inscrit dans le champ des activités de services au sens de la directive qui se rapporte à ces prestations au sein de l'UE.

- ✓ *Les différents acteurs du DPC*

L'organisme gestionnaire du DPC joue avant tout le rôle de guichet unique. Il est chargé de mener des bilans au terme d'une année d'exercice et de donner un avis sur la qualité du dispositif. Il doit également enregistrer les organismes souhaitant proposer une offre de DPC, dresser un plan de contrôle permettant de vérifier que ces organismes assurent bien les prestations qu'ils ont présentées au moment de leur enregistrement et publier la liste des organismes sur un site ouvert à tous. Enfin, il joue un rôle financier. En effet, il a été décidé au terme des Assises du médicament de surtaxer l'industrie pharmaceutique afin d'alimenter le financement du DPC *via* la CNAMTS et l'organisme gestionnaire. Cette taxe rapporte 150 millions d'euros dans le champ des organismes et des professionnels du DPC.

Les CSI et la Commission Scientifique du Haut Conseil des Professions Paramédicales (CSHCPP) donnent un avis sur les grandes orientations du DPC, qu'elles soient nationales ou régionales. Par ailleurs, un travail est mené pour évaluer les organismes qui veulent entrer dans le champ du DPC. Ces derniers doivent recevoir une appréciation favorable pour être enregistrés. Les Commissions Scientifiques Indépendantes peuvent également répondre aux demandes d'expertise de l'OGDPC.



La Haute autorité de santé valide et met à disposition les méthodes et les modalités de DPC. Le ministère de la Santé fixe les orientations nationales et nomme les membres des CSI. Les Agences régionales de santé peuvent, si elles le souhaitent, présenter des orientations régionales.

Tous ces acteurs sont en relation avec les organismes de DPC. On attend de ces derniers qu'ils soient vecteurs de dynamisme en présentant des programmes construits selon les orientations nationales, avec des méthodes validées par la Haute autorité de santé.

Le dernier vecteur est le niveau des professionnels. Prenons l'exemple des établissements qui ont pour mission de construire un plan de DPC avec les professionnels, de faire intervenir les instances qui les représentent (la Commission médicale d'établissement, la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, le Comité technique d'établissement). Ces instances jouent un rôle dans la construction du plan DPC, sous l'autorité des équipes de direction hospitalières. On prête en effet au DPC un caractère structurant dans le sens où il permet la pluridisciplinarité et de faire travailler ensemble des équipes qui n'en avaient pas forcément l'habitude.

Le contrôle des acteurs est mis en œuvre pour l'essentiel par les instances ordinaires, lorsqu'elles existent, par les employeurs pour les professionnels de santé paramédicaux salariés, et par le directeur général de l'ARS pour tous les autres professionnels de santé.

Le mode de financement est de trois ordres : le forfait individualisé versé par l'OGDPC pour les médecins libéraux ; les crédits du plan de formation pour les salariés non hospitaliers ; les fonds de l'ANFH²⁴ pour les salariés hospitaliers et les médecins.

Question de la salle

Quels sont les budgets prévus pour le fonctionnement du DPC et alloués aux organisations médicales ?

Guy BOUDET

Aujourd'hui, pour les médecins libéraux, le forfait individuel s'élève à 3 700 euros. Pour les médecins salariés, le budget correspond à un prélèvement sur la masse salariale de 0,5 % pour les CHU et 0,75 % pour les centres hospitaliers (soit environ 30 millions d'euros), auquel s'ajoute une fraction de la taxe pharmaceutique (soit 17 millions d'euros).

Question de la salle

Existe-t-il des modalités particulières dans le champ médico-social ?

²⁴ Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier.

Guy BOUDET

Le champ médico-social doit être apprécié à l'aune de la caractéristique des professions concernées par l'obligation de DPC. J'ai parlé des professions de santé au sein du Code de la santé publique et vous fais grâce de passer en revue toutes les professions. Parmi les professions les plus répandues, on trouve les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, etc. Dans le champ médico-social, on retrouve des professions de santé, mais aussi et surtout des professions à diplômes du secteur social. Or ces dernières ne sont pas soumises à l'obligation de DPC qui ne pèse que sur les professions de santé.

Question de la salle

L'organisme gestionnaire des DPC, qui est finalement le concepteur et l'artisan de la mise en œuvre de ce chantier, distribue les financements et est de surcroît chargé de l'évaluation. Il me semble plus pertinent que l'évaluation soit effectuée d'une façon réellement indépendante.

Guy BOUDET

L'OGDPC est un GIP constitué entre l'État et l'Assurance maladie, il agit de manière indépendante. Les professionnels n'interviennent qu'au sein des Commissions Scientifiques Indépendantes. Ces dernières sont composées, par exemple pour la CSI des médecins, de deux collèges, celui des généralistes et celui des spécialistes. Chaque commission est dotée d'un président qui mène les débats. Le rôle de l'OGDPC est d'assurer le secrétariat et de mettre à l'ordre du jour les questions qui sont dans le champ de compétence de la CSI.

Deux exemples : s'agissant des orientations nationales, la CSI est saisie par l'OGDPC à la demande du ministère mais c'est elle qui émet un avis. Par ailleurs, le ministère définit les critères selon lesquels évaluer les organismes qui veulent rentrer dans le champ du DPC et sollicite à cette fin l'avis de chaque CSI. L'OGDPC est une structure administrative qui joue le rôle d'intermédiaire entre les instances représentatives des professionnels de santé. Il doit ensuite élaborer le plan de contrôle qui permet de vérifier si les organismes de DPC enregistrés accomplissent bien leur mission.

Il y a donc bien séparation entre la fonction de contrôle et celle qui consiste à rendre des avis, par exemple dans le domaine scientifique.

Gilles DUHAMEL

Nous allons maintenant entendre le point de vue de l'Ordre des médecins.

➤ Comment évaluer au mieux les pratiques médicales ?

Robert NICODEME

Je m'exprimerai tant au nom de l'Ordre des médecins qu'en tant que médecin et enseignant.

Comment évaluer au mieux les pratiques médicales ? Beaucoup a déjà été dit sur ce sujet. Les difficultés sont connues : la disparité des pratiques, des actes et prescriptions inutiles, etc. Il reste néanmoins un sujet sur lequel il faut discuter, à savoir l'organisation des soins et, en particulier, la question des matériels sous-utilisés et de l'activité des équipes. Certaines équipes sont totalement surchargées par rapport au nombre de patients et compte tenu des ressources en personnel ; d'autres équipes ont une activité très réduite. Il faut savoir que le nombre d'hôpitaux dits généraux (en dehors des CHU) en France représente le double de celui enregistré en Grande-Bretagne, pour une population comparable. Cette notion de tissu sanitaire est donc extrêmement importante en matière d'évaluation, d'autant que des équipes qui travaillent peu peuvent poser question en termes de compétences et de pratiques professionnelles. Je rappelle à cet égard deux remarques du professeur Laurent Degos, ancien directeur de la Haute autorité de santé, qui mettent en évidence d'une part le cloisonnement entre les différents acteurs de santé et d'autre part la place souvent oubliée de la médecine centrée sur le patient et le diagnostic de la personne.

✓ *La compétence médicale*

La problématique majeure est celle de la compétence du médecin. Cette dernière revêt quatre dimensions.

La première est celle du champ d'activité. En l'occurrence, en France, on recense quarante-deux spécialités médicales assurant la couverture sanitaire. Toutefois, pour beaucoup de spécialités, ce champ n'est pas clairement défini. Ainsi, pour déterminer si un médecin est en droit d'exercer telle activité, il est nécessaire de se référer à la maquette de formation du troisième cycle. *In fine*, l'avis du Président de la société savante de la spécialité est requis. Mais force est de constater qu'il reste encore beaucoup à accomplir dans ce domaine du champ d'activité.

La deuxième grande notion qui définit une compétence est celle de la connaissance et de l'application : le savoir (base et spécialité), le savoir-faire et le savoir-être. Deux dimensions sont essentielles : l'efficacité, c'est-à-dire la mobilisation des soins nécessaires pour atteindre le résultat souhaité, et la performance.

La troisième notion est l'évaluation régulière, à travers la docimologie et le DPC.

La dernière dimension est celle de la culture médicale générale (déontologie, réglementation, sociologie). Finalement, la décision médicale a peu à voir avec les statistiques générales : elle est systématiquement une décision individuelle dans laquelle la connaissance technique, mais aussi et surtout celle de son malade et de sa psychologie sont indispensables. Cette notion de culture médicale générale est essentielle. Elle est relativement bien diffusée dans notre pays. Elle repose essentiellement sur le deuxième cycle. Cependant, il faut savoir que la volonté au niveau européen est de promouvoir une formation de base (premier et deuxième cycle) sur cinq ans, ce qui serait à mon sens une erreur. En effet, cette formation de base est celle qui permet de développer la culture générale du médecin, son adaptabilité et ce que l'on pourrait appeler la performance en devenir.

✓ *Les fondamentaux de la démarche qualité*

- La méthode de gestion de la qualité

La roue de Deming permet d'illustrer la méthode de gestion de la qualité. Elle comporte quatre étapes :

- les références scientifiques de la pratique souhaitée (*Plan*) ;
- la pratique professionnelle réelle (*Do*) ;
- les mesures pour évaluer la pratique (*Check*) ;
- les actions d'amélioration (*Act*).

Toutefois, nous allons constater que pour la médecine, ce modèle s'applique très mal.

- Les référentiels

Les référentiels sont en principe la base de l'évaluation personnelle. Cependant, il s'avère difficile de les valider parce que souvent plusieurs écoles s'affrontent sur le sujet ; ensuite, parce que dans beaucoup de situations ils n'existent pas ; enfin et surtout, parce que le référentiel ne tient pas compte des situations complexes. Or dans le domaine de la médecine, la situation complexe est la norme.

- Les protocoles

Le facteur de réussite des protocoles ne réside pas uniquement dans la qualité de l'acte médical mais dépend beaucoup de l'organisation sanitaire autour de l'acte. Le circuit professionnel est variable en fonction du potentiel matériel des établissements.

✓ *L'analyse des pratiques*

- Techniques d'analyse

Comment procéder à l'analyse des pratiques ? La méthode validée par la Haute autorité de santé marque un véritable progrès. Elle reprend différentes techniques qui permettent d'analyser des décisions, en groupe autant que faire se peut, et de se mettre dans la situation exacte du praticien.

Parmi ces techniques, j'insisterai sur le groupe d'analyse de pratiques. Il faut savoir que cette technique est utilisée par tous les étudiants dans les facultés de médecine. Cette approche est très intéressante, en particulier pour la prise en compte des situations complexes.

Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) représentent également un grand progrès au niveau médical, notamment à travers leur mise en place dans le cadre du Plan Cancer. Elles signifient que face à une maladie potentiellement très grave, il n'y a plus de décision unique du médecin comme c'était le cas dans le passé. Certes, comme l'a souligné notre collègue Bruno Toussaint ce matin, tout n'est pas parfait en la matière. Pour autant, la RCP a au moins le mérite d'avoir supprimé la décision totalement individuelle sur un projet thérapeutique.

- Mesures d'évaluation

Les mesures pour évaluer la pratique sont générales, et non individuelles. Il s'agit des indicateurs de santé, de la pertinence des actes, de la classification des maladies et de l'évaluation médico-économique et évolutive. On observe par ailleurs,

dans les pays anglo-saxons, l'émergence d'une nouvelle mesure qui est celle du niveau d'activité. On conditionne ainsi la poursuite d'une pratique à la réalisation d'un certain nombre d'actes médicaux. Par exemple, on demande à un chirurgien cardiaque de réaliser tant d'interventions sous CEC²⁵ pour pouvoir continuer à en faire.

Toutes les études montrent que lorsque le patient est pris en charge par une équipe très spécialisée dans une pathologie donnée, les chances de survie et éventuellement de guérison sont beaucoup plus importantes. Cela pose la question de l'organisation des soins et du tissu sanitaire.

✓ *Le développement professionnel continu*

Le développement professionnel continu n'est pas une action ponctuelle. Il consiste en un véritable programme qui favorise les méthodes de travail en commun avec des médecins qui présentent globalement le même profil ou exercent le même type d'activité. Le DPC vise également à décroiser les univers des professionnels.

La CSI met en place une organisation de la profession autour des quarante-deux spécialités médicales. Ce n'est pas la Haute autorité de santé qui assure cette mise en place des référentiels. Elle joue un rôle de support qui propose une méthodologie, mais ce sont bien les spécialités qui s'approprient leur référentiel.

✓ *La mobilité des médecins*

La filière des spécialités médicales comporte dix-huit spécialités. Sur la période de 2009 à 2012, l'Ordre des médecins a procédé à l'enregistrement de 6 125 médecins pour cette filière, dont seulement 52 % étaient diplômés d'une université française. Or le champ d'activité dans les pays étrangers est différent de celui que l'on retrouve en France. À titre d'exemple, on dénombre en moyenne soixante-deux spécialités dans les pays de l'Union européenne, dont dix-neuf sont communes aux spécialités françaises. Autrement dit, dans certains pays, le champ d'activité, et donc la compétence, sont plus restreints qu'en France. Cela ne veut pas dire que ces médecins sont moins compétents, mais ils sont habitués à travailler dans un champ d'activité plus restreint. Cette situation peut poser quelques problèmes au niveau de l'activité et de l'évaluation.

L'intervention du médecin est d'ordre technique, scientifique, mais aussi humain. Cette activité humaine comporte une dimension culturelle, mais aussi sociale.

Nous en revenons à la notion de culture générale évoquée précédemment. Le médecin à diplôme étranger doit ainsi faire l'effort de s'approprier la culture dans laquelle il s'insère, tout comme le médecin doit être capable d'intégrer les populations d'origine différente.

²⁵ Circulation extra corporelle.

➤ **Échanges avec la salle**

François PESTY, consultant

Vous avez dit qu'il n'y avait pas d'indicateur pour mesurer individuellement les pratiques professionnelles. Je voudrais vous apporter un témoignage et peut-être faire une révélation. Dans les années 2005-2006, une expérience de DPC a été conduite dans la région Languedoc-Roussillon. Ce programme de DCP s'appuyait sur deux piliers. Le premier était une formation médicale continue s'inspirant de la méthode de la visite académique développée dans les pays anglo-saxons. La visite académique est une visite en face-à-face avec les médecins, réalisée par des formateurs indépendants des laboratoires pharmaceutiques. Le deuxième pilier était un retour, effectué à l'issue de chaque visite, sur la pratique de prescription des médicaments. Ce retour était individualisé, sur la base de deux ans d'historique mensuel des prescriptions.

Deux exemples concrets :

- dans l'Aude, les 214 médecins représentant 76 % des dépenses annuelles d'antibiotiques ont été visités à trois ou quatre reprises pendant six mois. La part de patientèle sous amoxicilline seule est ainsi passée de 19,5 % à 36 %, les prescriptions des autres antibiotiques enregistrant dans le même temps une décroissance. À l'issue de cette démarche, la Caisse départementale d'assurance maladie a réalisé une économie annuelle de 25 %. Si les 127 autres Caisses avaient suivi la même démarche, l'économie annuelle aurait pu atteindre 360 millions d'euros.
- La deuxième campagne que nous avons menée concernait les statines. Pour les 8 000 médecins de la région Languedoc-Roussillon, nous avons effectué des analyses graphiques de prescription en croisant, pour les hypolipémiants, la molécule (ou l'association de molécules) et le dosage.

J'encourage tout organisme souhaitant développer une DPC efficace à obtenir auprès des caisses régionales ces données qui permettent de restituer de façon détaillée la pratique individuelle de chaque médecin.

Gilles DUHAMEL

Ces expériences montrent que les méthodes d'évaluation sont assez nombreuses et soulignent l'importance du retour d'information sur la pratique personnelle.

Robert NICODEME

Ces expériences sont intéressantes mais elles n'ont aucun lien avec l'évaluation des compétences. Vous évaluez la prescription d'antibiotiques, mais vous n'évaluez pas la compétence du médecin face à une infection.

François PESTY, consultant

Si, dans la mesure où l'on ne compare pas par rapport à une médiane mais par rapport à un référentiel de bonnes pratiques.

Gilles DUHAMEL

Nous reviendrons sur ce sujet après avoir écouté Una Lane qui va présenter l'expérience britannique. Vous allez constater que leur approche est un peu plus large que la nôtre.

➤ **Régulation et revalidation au Royaume-Uni**

Una LANE

Je travaille pour le General Medical Council (GMC) depuis dix ans où je suis en charge de la pratique médicale. J'évoquerai deux sujets dans le cadre de cette présentation : d'une part, le General Medical Council et d'autre part, un nouveau système baptisé « revalidation » introduit très récemment au Royaume-Uni, en décembre 2012 et géré par le GMC.

Le General Medical Council est l'organe de réglementation indépendant pour la profession médicale. Il ne s'agit ni d'une association d'adhérents ni d'un organisme professionnel et son rôle n'est pas de représenter les médecins. Il a été créé juridiquement au Royaume-Uni il y a plus de cent-cinquante ans, en 1858, et notre but statutaire consiste à protéger, à promouvoir et à maintenir la santé et la sécurité publiques en assurant la mise en place de normes adaptées pour la pratique de la médecine. Nous sommes indépendants par rapport aux professions médicales, à la NHS²⁶ et au gouvernement ; nos financements proviennent des médecins qui doivent s'inscrire à titre individuel auprès de nous pour pouvoir exercer leur activité au Royaume-Uni. Le GMC est un peu différent de l'Ordre des médecins français. Sa gouvernance s'appuie notamment sur un Conseil constitué de douze membres ; il s'agit donc d'une assemblée relativement réduite. Six membres du Conseil sont des médecins, les six autres sont extérieurs à la profession médicale et représentent les patients et le public. Nous comptons près de 1 000 collaborateurs à travers le Royaume-Uni.

Notre principale responsabilité consiste à établir des normes pour les médecins exerçant leur activité au Royaume-Uni et à définir les valeurs, les principes et l'éthique auxquels nous souhaitons que chaque médecin adhère. Nous sommes chargés de l'inscription de tous les médecins qui souhaitent exercer au Royaume-Uni et, contrairement à la France, d'après ce que j'ai compris, nous sommes également responsables de la formation médicale, que nous supervisons du premier au troisième cycle. Nous donnons notre accord au programme d'études pour la formation médicale générale ainsi qu'aux programmes d'études et aux critères applicables pour différentes spécialités. Nous sommes plus connus pour l'Aptitude à exercer (*Fitness to Practice*) et les références quotidiennes au General Medical Council dans la presse britannique concernent rarement notre rôle en matière de formation et d'établissement de normes, mais plus souvent les sanctions que nous imposons lorsque des inquiétudes se manifestent concernant la pratique des médecins. Ce n'est pas ainsi que nous souhaitons être perçus, mais c'est en tout cas ce qui ressort de la presse britannique. Enfin, dans nos attributions, il faut évoquer également ce nouveau processus, la « revalidation ».

²⁶ NDT : La NHS (*National Health Service*) est le service de santé public du Royaume-Uni.



Notre fonction principale consiste donc à établir des normes et le *Good Medical Practice* (Guide des bonnes pratiques médicales) est à cet égard un élément d'orientation essentiel qui devrait selon nous former la base de l'exercice de la médecine au Royaume-Uni. Le *Good Medical Practice* définit à nos yeux les valeurs, les principes et l'éthique essentiels auxquels tout docteur doit adhérer. Nous disposons également d'un ensemble d'autres documents et nous espérons que les médecins les consultent de temps en temps. Ainsi, nous fournissons des conseils aux médecins qui s'occupent exclusivement des enfants, de même que des conseils relatifs au consentement du patient et à la confidentialité ; ces documents complètent le *Good Medical Practice* qui couvre le cœur de l'exercice de la profession.

250 000 médecins environ sont inscrits au *General Medical Council* (GMC), soit un chiffre équivalent à celui du nombre de médecins inscrits en France auprès de l'Ordre. Près de 25 000 d'entre eux ont été diplômés dans des pays de l'Espace économique européen (EEE) en dehors du Royaume-Uni, dont 500 en France. 67 000 médecins ont obtenu leur diplôme en dehors du Royaume-Uni et de l'Union européenne (UE).

Comme je l'ai déjà mentionné, nous sommes plus connus pour gérer les plaintes et les inquiétudes concernant les médecins ; près de 10 500 plaintes et inquiétudes nous ont été rapportées en 2012, dont 2 000 ont fait l'objet d'enquêtes poussées. En 2012, nous avons radié 55 médecins du registre, suspendu 63 médecins, imposé des restrictions sur l'exercice de 164 médecins et émis 194 avertissements. Nous avons reçu 230 000 appels environ dans notre centre d'appels, répondu à 100 000 lettres, e-mails ou fax provenant de médecins, de patients, de la NHS ou autres et notre site Internet a reçu 8 millions de visites environ.

C'est donc de cette façon que nous nous percevons, bien que ce ne soit peut-être pas de cette façon que nous sommes perçus.

La « revalidation » est un projet très récent au Royaume-Uni. Nous pensons que les médecins doivent être capables de prouver qu'ils sont au fait des évolutions récentes et aptes à exercer ; depuis 1858, date à laquelle nous avons créé un registre de la profession, nous n'avons jamais eu de dispositif pour que les médecins prouvent qu'ils sont au fait des dernières évolutions ou montrent de quelle façon ils entretiennent leurs connaissances.

Tous les médecins inscrits au Royaume-Uni figurent sur notre registre médical en ligne. Par exemple, le professeur Peter Rubin président du GMC et par conséquent très connu : le registre vous fournit son nom, la date et le lieu d'obtention de son diplôme initial ainsi que la date à laquelle il a obtenu son diplôme de spécialité et a été inscrit sur notre registre des spécialistes. Ce registre est très utile et constitue le point d'accès pour exercer au Royaume-Uni, mais il représente un peu plus qu'un simple historique des qualifications d'un médecin. Jusqu'en décembre 2012, pour demeurer sur le registre et pouvoir jouir de l'ensemble des droits et des privilèges allant de pair avec cette inscription, comme le droit d'exercer, de rédiger des ordonnances ou de signer un certificat de décès, tout ce qu'un médecin avait à faire était de payer une cotisation annuelle et de ne pas faire l'objet d'une enquête.

Ainsi, avant cette réforme de 2012, si vous payiez la cotisation et que nous n'imposions aucune sanction par rapport à votre inscription, vous restiez médecin

indéfiniment, avec tous les droits et les privilèges liés. L'idée de la « revalidation » est qu'il doit y avoir une évaluation continue de l'aptitude d'un médecin à exercer et que les médecins doivent être en mesure de prouver régulièrement qu'ils sont au fait des dernières évolutions de la médecine.

La revalidation ne doit pas être mise en place comme un élément autonome ou comme quelque chose d'instauré uniquement entre le GMC et un médecin particulier ; elle s'inscrit au contraire dans une évolution cruciale qui a eu lieu au Royaume-Uni au cours des quinze dernières années et que l'on a souvent appelé soit le programme qualité, soit le développement de la gouvernance clinique au sein des organismes de santé. La revalidation fait partie intégrante de ce programme plus vaste.

La revalidation est conçue à la fois comme l'affirmation positive du professionnalisme d'un médecin et l'identification de mauvaises pratiques émergentes, beaucoup plus tôt, avant que des torts ne soient causés aux patients. Elle est fondée sur le *Good Medical Practice*, dont les médecins doivent prouver qu'ils continuent d'en respecter les normes. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas d'une évaluation ou d'un test à un instant t mais d'un processus continu, réalisé dans l'organisme au sein duquel travaille le médecin et à proximité du lieu où sont soignés les patients.

Depuis le mois de décembre 2012, tous les médecins doivent subir une évaluation annuelle de leur pratique, sur la base du *Good Medical Practice*. Dans le cadre de cette évaluation, ils fournissent des informations qu'ils génèrent eux-mêmes pour certaines mais dont la plupart proviennent de l'organisme pour lequel ils travaillent. Nous avons déjà évoqué aujourd'hui le développement professionnel continu (DPC) et la formation médicale continue, tous les médecins doivent montrer comment ils se tiennent à jour dans le cadre de ces deux approches.

Chaque médecin doit prendre part à une activité d'amélioration de la qualité conçue pour évaluer l'exercice de son activité. L'audit médical et l'audit clinique vont peu à peu s'imposer et il s'agit là d'exemples de cette démarche d'amélioration de la qualité. Pour certains médecins exerçant dans des spécialités comme les chirurgiens cardiologues, l'amélioration de la qualité pourra désormais prendre la forme de méthodes et de résultats d'évaluation sophistiqués ; passer en revue les soins ainsi que débattre de cas font partie des éléments de preuve que nous attendons de la part des médecins dans le cadre de ce processus d'évaluation annuelle.

Les médecins doivent également connaître les événements marquants qui se sont produits, réfléchir à ces événements et apporter la preuve de cette réflexion lors de leur évaluation. Le concept d'événement marquant est très important au Royaume-Uni et tous les organismes de santé et tous les professionnels ont le devoir de rapporter ces événements marquants, événements regrettables qui se sont produits dans un environnement médical où le patient a subi ou aurait pu subir des dommages. Ceux-ci peuvent résulter d'une erreur humaine ou de problèmes de système ou parfois d'une combinaison de ces deux facteurs. Toutefois, lorsque des médecins ont été impliqués, nous attendons qu'ils réfléchissent à ce qui s'est passé et qu'ils apportent la preuve de cette réflexion lors de l'évaluation.

Nous demandons également aux médecins qu'ils recherchent un *feedback* régulier de la part de leurs collègues et de leurs patients. À l'heure actuelle, ce *feedback* doit

officiellement avoir lieu au moins une fois tous les cinq ans et doit être effectué de façon indépendante par rapport au médecin. Il est généralement mené par des organismes qui gèrent des questionnaires standard, devant à leur tour être fondés sur le *Good Medical Practice*. Nous souhaitons que les médecins réfléchissent ensuite à ce *feedback* et en discutent avec leur évaluateur. Enfin, nous voulons que les médecins réfléchissent à toutes les plaintes ou à tous les compliments qu'ils ont reçus et qu'ils en discutent avec leur évaluateur.

Le GMC définit le cadre de l'évaluation et nous établissons clairement les informations requises. Cependant, nous ne dictons pas ce que doit être exactement un développement professionnel continu ou une activité d'amélioration de la qualité. Cela dépendra des différentes spécialités et les médecins recevront des conseils de la part de leurs organismes professionnels et des associations spécialisées, les *Medical Royal Colleges*.

Chaque médecin devra subir une évaluation annuelle et, tous les cinq ans, le médecin le plus expérimenté de l'organisme professionnel auquel il est affilié, qui au Royaume-Uni est désigné comme le médecin responsable (*Responsible Officer*), délivrera une recommandation auprès du GMC et déclarera que ce médecin répond à toutes les exigences et qu'il n'existe aucune inquiétude, non traitée, au regard de la *Fitness to Practice*. Le GMC revalidera le médecin sur cette base ; près de 8 000 médecins ont déjà été revalidés depuis le début du processus en décembre 2012.

Il m'a été demandé de réfléchir à ce que nous avons appris en mettant en place la « revalidation », notamment à la façon dont nous sommes parvenus à persuader les médecins qu'il s'agissait de quelque chose de positif pour eux. Nous réfléchissons à la revalidation depuis 1998 et il faut du temps pour que les médecins, les prestataires de soins et le gouvernement acceptent ce type d'évolutions culturelles. Au Royaume-Uni, la pression exercée par les patients et le public sur cette question de la régulation des médecins a été forte et des enquêtes ont indiqué que les médecins étaient les professionnels en qui le public avait le plus confiance, avec des taux d'approbation à 88 %, tandis que les journalistes et les politiciens se trouvent de l'autre côté du spectre. Cette confiance était toutefois perçue comme fragile et il était important d'apporter la confirmation régulière que les médecins continuent de s'informer et restent aptes à l'exercice de leur activité. Le Royaume-Uni a connu un nombre important de scandales médicaux et la revalidation a été motivée notamment par une affaire de chirurgie cardiaque pédiatrique à Bristol dans les années 1990, lors de laquelle de nombreux enfants sont décédés dans des circonstances où ils ne seraient certainement pas décédés si les opérations avaient eu lieu dans d'autres hôpitaux du Royaume-Uni. Ces faits ont donc suscité un intérêt important de la part du public pour la régulation et la revalidation.

Chacun a dû faire des compromis pour obtenir le soutien de la profession. Le processus que nous avons introduit n'est en aucun cas parfait mais ce que nous demandons aux médecins, fournir des indicateurs de bonne pratique, représente un bon début et disposer d'un processus qui se concentre sur la revalidation constitue un immense pas en avant. Les mesures incitatives pour les médecins sont très importantes. Ils ont désormais accès à une évaluation annuelle et des organismes sont chargés de les soutenir tout au long du processus, en leur permettant un développement professionnel continu. Des sanctions doivent toutefois également être prévues dans le cas où les médecins ne participeraient pas au processus. La

sanction la plus sévère est que nous pouvons leur retirer leur licence et les empêcher d'exercer au Royaume-Uni. Les mesures incitatives et les sanctions sont par conséquent essentielles.

De notre point de vue, le *leadership* médical a très bien fonctionné au niveau des sociétés médicales, des sociétés spécialisées, des grands spécialistes et des dirigeants des établissements de soins qui se sont mobilisés pour susciter l'adhésion générale. La *British Medical Association* (Association britannique de médecine), qui constitue l'organe de représentation des médecins au Royaume-Uni, soutient le projet de revalidation depuis plusieurs années déjà. Il a été primordial pour le GMC de mettre en avant le professionnalisme, ce à quoi tiennent tous les médecins.

Le professeur Bruce Keogh, Directeur médical du NHS, a déclaré que le véritable professionnalisme consiste à être capable de décrire ce que vous faites, dans quelle mesure vous le faites bien et de remettre en question votre niveau par rapport à celui de vos pairs. Cette idée nous a guidés de manière importante.

Le General Medical Council est membre de l'Association internationale des autorités médicales de réglementation²⁷ qui se réunit tous les deux ans. Lors de sa prochaine réunion qui aura lieu en octobre 2014, nous évoquerons de nouveau la revalidation et nous espérons que nos collègues français pourront se joindre à nous.

➤ Échanges avec la salle

Question de la salle

Pour la dernière année, combien de médecins ont été réévalués, sanctionnés ou non réévalués ?

Una LANE

Depuis que nous avons mis en place la revalidation, tous les médecins ont dû subir une évaluation annuelle et sont donc intégrés à ce processus. Concernant les sanctions, les seules informations dont nous disposons pour le moment concernent l'année 2012, où nous avons rayé 53 médecins du registre, suspendu 67 médecins et imposé à 164 médecins des restrictions sur l'exercice de la profession. Il s'agit de données anciennes. Ce n'est qu'en 2012 que nous avons mis en place la revalidation et nous n'avons donc pas encore pu observer ses effets, ce que nous ferons au cours des prochaines années.

Gilles DUHAMEL

Il est trop tôt compte tenu du caractère récent du dispositif dans son ensemble.

Gérard REACH

Il semble que la revalidation soit très générale et consiste à vérifier une aptitude globale à exercer. Pourquoi un médecin pourrait-il perdre sa qualité d'être à jour ?

²⁷ International Association of Medical Regulatory Authorities.

Cela peut être dû au fait qu'il n'a jamais été à jour, qu'il a perdu son aptitude à exercer ou que les normes en matière de soins ont évolué. Aucun de ces critères n'est général ; il s'agit de contenu de connaissances et ce n'est pas cela que vous vérifiez. Comment pouvez-vous gérer ce problème ?

Una LANE

Nous assumons qu'il s'agit d'exigences générales et non spécifiques. Nous comptons au Royaume-Uni 250 000 médecins inscrits, 64 spécialités et 34 sous-spécialités reconnues ; nos exigences doivent donc par nature être génériques et générales. Toutefois, chaque collègue responsable d'une spécialité apporte des conseils sur la façon dont les médecins peuvent remplir nos critères et un chirurgien cardiologue par exemple, devra s'assurer qu'il suit les conseils établis par sa société savante. C'est ce que l'évaluateur espère voir lors du processus et c'est également ce que le médecin chef attendra de constater pour effectuer une recommandation auprès de nous. Nos critères sont en effet totalement génériques mais les sociétés savantes et les *Medical Royal Colleges* viennent apporter des conseils spécifiques.

Nous sommes conscients que le système n'est pas parfait. Nous sommes au début d'un processus et nous espérons parvenir à un cadre plus normatif et plus spécifique au cours des dix prochaines années. Nous devons toutefois travailler en collaboration avec des médecins, des *Medical Royal Colleges* et des sociétés savantes pour y parvenir.

Gilles DUHAMEL

Si je vous ai bien compris, dans les évaluations qui sont effectuées, deux éléments sont pris en compte : d'une part la comparaison avec la pratique des pairs et d'autre part les résultats cliniques.

Question de la salle

Le processus de revalidation semble être un processus individuel, comment gérez-vous le fait qu'au sein d'un hôpital, les performances d'un médecin dépendent fortement de l'équipe avec laquelle il travaille ? Disposez-vous d'une procédure de revalidation globale ou collective du service ?

Una LANE

Nous en sommes pleinement conscients. Dans de nombreuses structures du Royaume-Uni, il s'agit en effet de données fondées sur l'équipe ou de données individuelles. Nous parvenons désormais à mieux identifier des données relatives aux médecins pris individuellement, dans le cadre de l'équipe. Pour commencer, il est également très important que les médecins comprennent les résultats de leur équipe par rapport à ceux des autres équipes, que ce soit au sein même de la structure ou en dehors. Quel que soit l'angle d'analyse, la réflexion est essentielle : il s'agit d'apprendre et de comprendre ce que ces données révèlent, qu'elles concernent l'équipe ou l'individu. Que me disent-elles de mes pratiques en tant que médecin ? Quelles sont mes réflexions par rapport à ces données ? Ai-je besoin d'approfondir ma formation ou comment évoluer pour contribuer à améliorer les résultats de mon équipe dans sa globalité ?

Nous sommes entièrement conscients de ne pas être en mesure, au Royaume-Uni, de fournir des informations ou des données assez sophistiquées aux médecins mais nous pensons qu'à travers la revalidation, les structures et les individus produiront des données réellement utiles pour chaque médecin, pris individuellement.

Gilles DUHAMEL

La question est de savoir à quel moment on prend en compte la pratique d'un professionnel par rapport à celle de son équipe. Il se trouve qu'en France, nous avons finalement choisi non pas selon une approche d'efficacité mais selon une approche de structure et de norme. Nous avons raisonné en termes de profession et non de pratique par équipe. Demain, la question sera probablement de savoir s'il ne faut pas aller vers des approches où l'incitation, l'obligation, l'accompagnement concernent une équipe plutôt qu'un seul individu.

On peut noter par ailleurs que le choix a été fait en Angleterre d'une autorité rendant compte directement au Parlement mais pas aux professionnels ou au ministère.

➤ **Quelles actions en matière d'évaluation des pratiques professionnelles ?**

Rémy BATAILLON

Quelles actions en matière d'évaluation des pratiques professionnelles ? Pour répondre à cette question, je ferai une présentation assez courte sous la forme d'une réflexion autour d'un fil conducteur qui est l'intégration du dispositif d'évaluation dans la pratique quotidienne des professionnels et au-delà des équipes de soins. Cette présentation prend le parti d'inscrire l'évaluation des pratiques professionnelles dans la démarche d'amélioration des pratiques. Autrement dit, je parlerai assez peu de revalidation, même s'il existe des points de similitude avec la présentation précédente.

Si l'on parle autant d'évaluation des pratiques professionnels, c'est parce que l'on sait que la diffusion simple de recommandations impacte assez peu la qualité des prises en charge. En effet, il existe un certain nombre d'obstacles à l'application de ces recommandations de bonnes pratiques. En regard de cette analyse, qui questionne assez profondément à la fois la manière de penser, d'élaborer, de diffuser les recommandations de bonnes pratiques, mais aussi d'envisager les dispositifs d'améliorations de pratiques, deux grands axes se dégagent : d'une part un travail sur les recommandations en elles-mêmes et d'autre part cette idée qu'à la formation médicale continue, il convenait d'ajouter des dispositifs d'évaluation ou d'analyse des pratiques.

✓ *Les recommandations*

Conscients de la difficulté sur le terrain à s'appropriier les recommandations historiques de la Haute autorité de santé, nous avons commencé à développer des formats de recommandations beaucoup plus courts (une page, cinq questions et cinq réponses) reposant sur l'analyse de la littérature. Ces productions à venir possèdent les caractéristiques suivantes :

- elles s'inscrivent résolument dans une coproduction avec les professionnels ;

- elles comportent un rappel très court de la problématique, cinq questions d'intérêt clinique, jugées utiles pour une meilleure prise en charge des patients, et cinq réponses ;
- au verso du document, figurent cinq critères qui invitent les médecins à s'interroger sur leur pratique en regard des cinq réponses apportées sur le sujet.

Ces productions s'inscrivent dans les dispositifs qui ont été évoqués au cours de l'après-midi, en particulier le DPC. Pour autant, cette présentation est assez caricaturale. Il existe un *continuum* entre les méthodes de formation et les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles.

À la Haute autorité de santé, nous serions même presque plus à l'aise si l'on cessait de parler de méthodes pour plutôt introduire la notion de démarches. Prenons un exemple, la méthode de l'audit clinique qui se décompose en différentes séquences : l'identification du référentiel, l'analyse des pratiques, la restitution des résultats, l'identification d'actions d'amélioration de la qualité des soins, l'évaluation des actions envisagées. Si l'on examine la manière dont les professionnels se sont emparés de l'audit clinique sur le terrain, on se rend compte qu'à au moins trois moments de cette démarche, on peut imaginer des temps de formation explicites, que ce soit lors de l'appropriation du référentiel, de la restitution des résultats, voire de la mise en œuvre des actions. Autrement dit, il n'y a pas, sauf cas particulier, de segmentation si étanche entre formation d'un côté et évaluation des pratiques de l'autre. Tous ces éléments de méthode concourent à organiser une démarche professionnelle. C'est autour de ces principes que la Haute autorité de santé, dans le cadre de ses missions relatives au DPC, a publié une liste des méthodes et des modalités de DPC, qui fait l'objet de fiches pratiques en cours de validation.

✓ *L'accréditation des médecins*

Contrairement au dispositif présenté précédemment, l'accréditation des médecins n'est pas obligatoire en France. Ce dispositif, organisé par la Haute autorité de santé, concerne les spécialités dites à risque, soit essentiellement les chirurgiens, les anesthésistes et quelques spécialités à gestes invasifs (cardiologie, pneumologie, radiologie). Cette démarche a comme corolaire, pour les médecins en exercice libéral, la prise en charge d'une partie des primes d'assurance par l'Assurance maladie. Les médecins qui s'inscrivent dans cette démarche d'accréditation sont amenés à déclarer des événements porteurs de risque. Ces derniers sont analysés par des experts de la spécialité. Sur la base de ces analyses, un retour individuel est fait au médecin et des recommandations sont élaborées sous la forme de « solutions pour la sécurité ». Les médecins sont donc invités à mettre en œuvre des recommandations élaborées avec la profession et à participer à un certain nombre d'activités d'amélioration des pratiques (revue de morbi-mortalité dans les établissements, formations, registres, *check-lists*, etc.).

Cette démarche reposait initialement sur l'effort d'un médecin puisque c'était lui qui était accrédité. Nos analyses du dispositif nous ont conduits à considérer qu'il fallait dépasser l'initiative d'un médecin pour l'inscrire résolument dans le travail d'une équipe. En effet, la majorité des événements indésirables ou porteurs de risques ont des causes qui relèvent de l'organisation des prises en charge et des processus de soins. On s'approprie peu à peu l'idée selon laquelle l'accréditation des médecins s'inscrit dans le travail d'une équipe et doit donc reposer sur des revues de morbi-mortalité. Ces dernières deviennent ainsi un élément central du dispositif.

Les revues de morbi-mortalité s'inscrivent elles-mêmes dans une organisation plus large qui implique les équipes, mais aussi les établissements de santé et les structures professionnelles au niveau national (organismes agréés, sociétés savantes). Un des objectifs de la Haute autorité de santé sera donc de mettre en cohérence et de donner de la lisibilité à l'ensemble de ces démarches qui parfois sont perçues comme une superposition de couches technocratiques. Pour répondre à la question initiale « Quelles actions de la Haute autorité de santé en matière d'évaluation des pratiques professionnelles ? », au-delà des méthodes qu'elle publie, la Haute autorité accomplit cet effort de mise en cohérence des différents dispositifs qui reposent sur des démarches d'évaluation des pratiques pour s'assurer que celles-ci font finalement partie de la pratique quotidienne.

✓ *Le parcours du patient*

S'agissant de la certification des établissements, une attention particulière était portée jusqu'à présent à l'établissement dans sa globalité. À travers notamment l'accréditation des médecins et la gestion des risques en équipe, on est amené à s'intéresser à l'équipe et, au-delà de l'établissement, au parcours du patient.

Cherchons à analyser la manière dont pourrait s'organiser les soins primaires en vue de structurer les parcours. Que se passe-t-il concrètement sur le terrain ? Dans un quartier ou une communauté de communes, des médecins ont l'habitude de se rencontrer, parfois à l'occasion de réunions de formation médicale continue, pour analyser leurs pratiques ou du moins pour échanger sur leurs pratiques. Sur ces bases, ils vont identifier des problèmes qu'ils vont tenter de résoudre, le plus souvent en y associant les autres professionnels de santé. Si l'on formalise cette séquence, ils mettent en place des groupes d'analyse de pratiques et vont progressivement expliciter des protocoles pluri-professionnels de prise en charge, lesquels s'appuieront dans leur mise en œuvre sur un système d'informations partagées. Ces acteurs du premier recours organisent ensuite les interfaces avec les autres acteurs, les spécialistes des plateaux techniques ou les acteurs du médico-social, et vont progressivement organiser par exemple la gestion des cas complexes.

Si je reste sur le premier temps, j'observe que des groupes d'analyse de pratiques portent en eux des démarches d'évaluation. Des protocoles des systèmes d'information accompagnés d'un suivi d'indicateurs portent en eux l'évaluation des pratiques. Toute cette démarche n'est pas vécue par les professionnels comme une intervention extérieure, mais comme un ensemble structurant leur pratique quotidienne. Autrement dit, l'évaluation des pratiques professionnelles fait partie de leur exercice au quotidien. À titre d'exemple, une méthode est en cours de développement au sein de la haute autorité de santé autour des patients traceurs. Elle permet d'aider ou de faciliter l'analyse du parcours à travers l'offre de soins. Notre attention se porte de plus en plus, au-delà de la compétence d'un médecin ou d'un professionnel, sur la compétence ou la qualité de l'organisation. Il s'agit de déterminer en quoi cette organisation va *a priori* soutenir les démarches professionnelles et garantir la qualité des prises en charge.

➤ **Échanges avec la salle**

François PESTY, consultant

Dans l'évaluation des pratiques de prescription des médecins, la Haute autorité de santé intervient également dans la certification des logiciels d'aide à la prescription. Le 9 mai 2008, j'ai eu le plaisir d'accompagner l'équipe projet en charge de la certification des logiciels à l'hôpital. À l'époque, je leur avais recommandé d'exiger que les logiciels, de façon ergonomique et simple, permettent aux médecins de définir un panier de médicaments et, à l'échelle de leur patientèle, leur offrent une restitution de leurs pratiques sur ce panier. J'ai le sentiment que rien n'a été fait dans ce domaine. C'est bien dommage parce que cet outil serait très utile pour la mise en œuvre du DPC sur le bon usage des médicaments.

Rémy BATAILLON

Nous avons engagé ce chantier depuis un peu moins d'un an, de sorte que les médecins ou les professionnels puissent accéder, à travers ces logiciels d'aide à la prescription, à des données sur leurs pratiques et aient accès par ailleurs à des éléments de recommandations de bonnes pratiques.

Gilles DUHAMEL

Cette question met en évidence le point problématique des flux d'information. Nous manquons d'une capacité à recueillir une information par exemple sur les pratiques quotidiennes dans les cabinets, mais aussi d'une capacité à les traiter avec une approche qui ne soit pas seulement individuelle mais aussi collective. Ce sujet n'est pas seulement culturel ou un problème de manque de temps. En l'occurrence, nous n'avons ni les outils, ni les compétences.

La dernière présentation de cette table ronde va concerner le point de vue des usagers, à travers une expérience conduite par UFC-Que Choisir.

➤ **Le rôle des associations d'usagers dans l'évaluation des pratiques médicales**

Mathieu ESCOT

Quel rôle pourrait jouer une association d'usagers dans l'évaluation des pratiques médicales ? Pourquoi avons-nous été conviés à cette table ronde ? La réponse à ces questions sera l'objet de cette présentation.

L'association UFC-Que Choisir est surtout connue en tant qu'association de consommateurs, mais elle intervient depuis longtemps sur les sujets de santé. Depuis 2007, elle est agréée par le ministère en qualité de représentants des usagers santé. Elle a mené des combats politiques dans ce domaine, mais aussi des actions d'information des usagers et a également exercé un rôle de représentation des usagers au niveau national, aussi bien auprès de la Haute autorité de santé qu'auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) ou la Conférence nationale de santé (CNS), et au niveau local, auprès des ARS ou encore des établissements de santé.

✓ Pourquoi une évaluation par les associations d'usagers ?

L'évaluation par les associations d'usagers répond d'abord à une demande de ces usagers qui est de plusieurs natures. Premièrement, il s'agit d'apporter plus de sécurité et plus de qualité dans le système de soins. L'évaluation contribue très logiquement à l'atteinte de cet objectif. Deuxièmement, les usagers ont besoin d'une aide à l'orientation dans le système de santé, ce dernier étant de plus en plus complexe. Troisièmement, les usagers requièrent une analyse comparative car ils veulent bénéficier de la meilleure prestation possible, pour un reste à charge maîtrisé.

L'évaluation par les associations d'usagers vise également à essayer de combler les lacunes de l'existant. En effet, l'évaluation institutionnelle est aujourd'hui parcellaire (principalement centrée sur l'hôpital) et insuffisamment exploitée du point de vue de l'utilisateur. En outre, l'auto-évaluation par les professionnels de santé est par nature peu satisfaisante, pour des raisons évidentes de liens d'intérêts. À titre d'exemple, les sanctions des dépassements d'honoraires par l'Ordre des médecins ne fonctionnent pas.

L'évaluation par les associations d'usagers est enfin un moyen d'interpeller les professionnels de santé et les pouvoirs publics, sur les dysfonctionnements éventuellement constatés.

✓ Les outils d'UFC-Que Choisir

- Les enquêtes patients mystères

Pour réaliser cette évaluation, UFC-Que Choisir utilise plusieurs outils dont les enquêtes patients mystères. Ces dernières sont conduites depuis plusieurs années.

Deux exemples parmi les plus représentatifs :

Le premier est celui des enquêtes concernant le conseil en pharmacie, conduites en 2006, 2009 et 2012. 648 officines ont été visitées en 2012, 1 379 en 2009. L'enquête a porté sur trois critères : le conseil (mise en garde sur les interactions à l'achat de deux molécules incompatibles), l'information (affichage des prix) et le niveau des prix. Ces enquêtes ont fait ressortir un taux de défaut de conseil de 48 % en 2012 et de 60 % en 2009. Ces chiffres pourraient laisser penser que les prestations des pharmaciens se sont améliorées. Toutefois, il faut savoir qu'en 2012, l'enquête a été réalisée deux mois après une fuite dans la presse et l'on peut donc penser que les pharmaciens étaient sur leurs gardes. De plus, le protocole 2012 a été durci par rapport à celui de 2009, dans un sens plus favorable aux pharmaciens, puisque l'enquêteur devait, en 2012, préciser que les deux médicaments étaient pour lui, puis en cas d'absence de conseil spontané, poser une question sur la posologie.

Le deuxième exemple est l'enquête relative à la prescription d'antibiotiques, menée en 2010. Cinquante médecins généralistes ont été visités par un patient mystère en bonne santé se plaignant d'un mal de gorge et disant craindre une angine. 52 % des visites se sont conclues par une prescription d'antibiotiques, avec en moyenne 2,4 médicaments supplémentaires par ordonnance.

- Les autres approches

UFC-Que Choisir emploie d'autres approches d'évaluation. La première d'entre elles est l'exploitation des données publiques que nous avons mise en œuvre par exemple en 2012 sur la fracture sanitaire. Cette démarche consiste à recueillir des données consultables sur Internet et à les retraiter de façon à ce que celles-ci soient utiles aux usagers.

La deuxième approche en termes d'évaluation est la revue de la littérature scientifique. Cette dernière guide certains articles de notre mensuel *Que Choisir Santé*, dans une optique de vulgarisation exigeante. Par ce biais, nous alertons les usagers ou nous les aidons à se questionner, et nous interpellons également les pouvoirs publics.

La troisième approche est celle des questionnaires de satisfaction qui sont envoyés à des lecteurs. En 2013, un questionnaire sur les urgences hospitalières a été soumis à 3 300 lecteurs. En 2011, le questionnaire portait sur les médecins généralistes et a permis de recueillir 17 700 avis. Pour l'anecdote, cette enquête a mis en évidence un taux de satisfaction exceptionnel vis-à-vis des médecins généralistes, supérieur à 95 %.

✓ *Et demain ?*

Quel rôle à l'avenir pour les associations d'usagers dans l'évaluation des pratiques médicales ? Nous pensons qu'elles doivent naturellement jouer un rôle mais celui-ci ne peut être que complémentaire des autres évaluations. Cette évaluation pourra revêtir plusieurs formes : les enquêtes de terrain, la consultation des usagers pour définir les programmes publics d'évaluation, l'accompagnement des usagers dans le parcours de soins.

Enfin, se pose la question de l'ouverture de l'accès aux données publiques. Des bases de données existent sur les pratiques médicales, les niveaux de prescription, etc., mais elles ne sont pas, ou peu, accessibles à une association comme la nôtre. Or nous estimons que l'accès aux données publiques représente un vrai enjeu, à condition naturellement que celles-ci soient maîtrisées et filtrées par les pouvoirs publics. C'est une voie d'amélioration des pratiques médicales.

Gilles DUHAMEL

Avant d'ouvrir la discussion, je souhaiterais faire un commentaire personnel concernant votre point de vue sur le positionnement des médecins juges et parties, qui constituerait pour vous une situation évidente de conflit d'intérêts. J'exprime mon désaccord. Je pense d'une part que ce positionnement est nécessaire. Dans tous les processus mis en place dans les différents pays, on constate qu'on ne peut pas parler de la qualité des pratiques sans les professionnels de santé. S'il y a un risque de conflit d'intérêts, dès lors, il convient d'être attentif à ce qui préserve l'indépendance. Est-ce le mode de fonctionnement ou le statut ? Pour ma part, j'estime que c'est le mode de fonctionnement et non le statut.

➤ **Échanges avec la salle**

Mathieu ESCOT

Il ne s'agit pas de faire sans les médecins ou contre les médecins. L'exemple anglais est très instructif à cet égard. Donner ce rôle aux ordres de médecins ne me paraît pas pertinent. En revanche, le confier à une organisation indépendante, comme au Royaume-Uni, avec des médecins qui aident à l'évaluation et la définition des bonnes pratiques, et qui sont associés à de nombreux niveaux, me paraît une solution intéressante.

Rémy BATAILLON

Cela me fait penser au dispositif d'accréditation des médecins. Certes, celui-ci repose sur le volontariat. La loi a confié à la Haute autorité de santé la responsabilité d'organiser ce dispositif. Ce dernier est porté avec les professionnels. Ce sont les professionnels qui en sont, d'une certaine manière, les maîtres d'œuvre. Au sein du comité de pilotage qui organise le dispositif et qui réunit les différentes spécialités, siègent depuis l'origine des représentants des patients. Je pense notamment à Claude Rambaud, la présidente du CISS, qui a été une des chevilles ouvrières du dispositif. Autrement dit, il me semble tout à fait possible de concilier participation active des usagers, portage par les professionnels et une forme de régulation ou d'assurance de l'objectivité et de la qualité des dispositifs mis en place.

Remarque de la salle

Vous avez oublié de préciser qu'au sein de la Haute autorité de santé, nous travaillons sur la validation des représentants d'usagers.

René MORNEX

Parmi les médecins qui ont reçu un patient qui se plaignait d'une dysphagie, combien ont prescrit des antibiotiques sans avoir procédé à un examen, si ce n'est symbolique, de la gorge ?

Autre membre d'UFC-Que choisir

Les patients ne se plaignaient pas d'une dysphagie, mais d'un simple mal de gorge. La plupart, de mémoire entre 90 % et 99 %, ont bénéficié d'un examen de la gorge.

René MORNEX

La gorge était normale ?

Autre membre d'UFC-Que choisir

Oui. Nous avons pris la précaution d'organiser en amont une consultation des enquêteurs par un autre médecin.

Gilles DUHAMEL

Cette mesure a été posée auprès des usagers et apporte des résultats qui doivent ouvrir une discussion. Avez-vous d'autres questions ?

François PESTY, consultant

Vous n'avez pas parlé de la campagne *Choosing Wisely* qui a été lancée il y a deux ans aux États-Unis. Cette campagne associe la plus grande association d'usagers, *Consumer Reports*, et vingt-six sociétés savantes. Chacune d'entre elles ont défini au moins une liste de cinq soins pour lesquels le bénéfice pour le patient est incertain, voire néfaste. *Consumer Reports* a établi des brochures destinées aux patients, afin d'expliquer dans des termes compréhensibles ces non recommandations. Ce concept de non recommandation se développe à l'étranger, mais très peu en France. Il se matérialise par des *low-value lists*, c'est-à-dire des listes de soins à faible valeur pour le patient. UFC-Que Choisir ou d'autres associations de consommateurs ont-elles envisagé la mise en place d'une démarche équivalente en partenariat avec les sociétés savantes ?

Mathieu ESCOT

Je n'étais pas au courant de cette initiative. À ce jour, UFC-Que Choisir n'a pas envisagé une telle démarche. Mais nous prendrons contact avec *Consumer Reports* pour en savoir plus.

Gilles DUHAMEL

Cette association professionnelle d'usagers pourrait aussi être encouragée par les pouvoirs publics. Avez-vous d'autres questions ?

Remarque de la salle

Je n'ai pas de question mais une information à donner. Une unité INSERM-CNRS a été chargée de définir des critères de qualité des experts médicaux et essaye de travailler sur les conflits d'intérêts dans le cas de l'expertise médicale.

Gilles DUHAMEL

Avant de passer à la conclusion, je voudrais revenir sur les grands enseignements de cette table ronde. À côté de l'intérêt à associer les professionnels de santé mais aussi l'ensemble des acteurs, à côté de l'accès partagé aux flux d'information, il faut retenir d'une part la notion de *continuum* dans le temps et d'autre part celle de pluralité des démarches qui peuvent être intégrées dans un dispositif associant formation, évaluation de la qualité et de la sécurité, comparaison entre équipes, prise en compte des résultats cliniques et des usagers.

Je remercie l'ensemble des intervenants avant que le Président Girard ne conclut.

Conclusion

Jean-François GIRARD, président, Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur (PRES) Sorbonne Paris-Cité

C'est un exercice curieux de conclure sur un sujet assez spécialisé, avec des orateurs compétents et des auditeurs capables de comprendre. J'ai la faiblesse de penser que vous avez invité un ancien directeur général de la Santé pour conclure. En fait, il y a longtemps que je ne sais plus grand-chose sur le sujet et je dois reconnaître que je suis plus habité par mon métier actuel.

Celui-ci consiste à présider un ensemble universitaire, le PRES Sorbonne Paris-Cité. Depuis 2006, la France consciente du caractère extrêmement balkanisé du système d'enseignement supérieur et de recherche, a décidé de favoriser les regroupements. Ces derniers sont intervenus lentement, laborieusement, voire douloureusement. Sept ans après la loi dite Goulard, la France compte une vingtaine de pôles de recherche et d'enseignement supérieur. Le PRES Sorbonne Paris-Cité est le plus important d'entre eux, avec 120 000 étudiants. Il accueille 6 500 enseignants-chercheurs et autant de doctorants, et couvre la quasi-totalité des disciplines. Force est de reconnaître que la démarche épistémologique du XX^e siècle et la loi Edgar Faure ont rendu le système d'enseignement supérieur français balkanisé, avec des universités dédiées exclusivement aux lettres et aux arts, et d'autres aux sciences exactes et biologiques. Il a sans doute fallu corriger cet excès et, de ce point de vue, Sorbonne Paris-Cité se caractérise par sa multidisciplinarité. 40 % des forces scientifiques de Sorbonne Paris-Santé concernent le domaine de la santé. Le PRES compte notamment en son sein trois facultés de médecine, deux facultés d'odontologie, un département de politique de santé, l'École des hautes études en santé publique. Si 40 % de nos forces sont consacrées à la santé, 60 % sont consacrés au reste : c'est une chance que je souhaite à beaucoup !

En vous écoutant ou en parcourant les documents que vous avez pu produire, je remarque que le thème traité ce jour n'est pas celui de la nécessité d'une régulation. La question n'est pas « Faut-il réguler ? », mais bien « Pourquoi et comment réguler ? ». Il s'agit d'un pas majeur puisque vous reconnaissez le besoin d'une régulation.

➤ La science, le droit et la personne

Trois facteurs se distinguent dans le paysage : la science (au sens de la connaissance), le droit et la personne.

✓ *La science*

À l'évidence, la médecine n'est plus un art, ou du moins elle ne peut plus s'exercer comme tel. Elle est une science de connaissances. Elle puise dans l'ensemble des fils de la biologie moléculaire, mais également dans les sciences humaines et surtout dans les fils de la mathématique, en particulier les statistiques et l'approche probabiliste. Tout ce qui fonde la légitimité de l'usage de la connaissance scientifique nécessite d'avoir été filtré, amplifié, traduit par le recours aux statistiques et à l'approche probabiliste. Bien sûr, il est important de savoir ce à quoi sert un récepteur moléculaire d'une membrane. Bien sûr, il est important de connaître la physiologie telle qu'on la connaît maintenant. Mais la légitimité de la régulation des

pratiques médicales a nécessité le recours aux statistiques et à l'approche probabiliste, c'est-à-dire aux références et recommandations. La science seule n'aurait probablement pas suffi s'il n'y avait pas eu cette dimension statistique et probabiliste.

Au cours des débats, j'ai entendu des expressions telles que « l'inertie médicale » ou « la surdité du malade ». Il est vrai qu'une dimension est aujourd'hui en déficit dans l'application de cette forme de régulation. En l'occurrence, l'émetteur croit faire son travail et le récepteur n'entend pas. C'est là où le recours aux sciences humaines est fondamental. Il s'agit de la même critique que celle qu'on pouvait adresser à un de mes prédécesseurs – cela aurait pu être moi – qui a établi une circulaire en 1983 dont on a dit qu'elle était inattaquable mais qui n'a pas été appliquée. Je n'en dirai pas plus car, dans la mémoire de beaucoup d'entre nous, c'est une étape douloureuse de la santé publique de ces dernières décennies. Nous sommes l'émetteur. Nous sommes guidés par cet usage de la connaissance et son approche probabiliste. Toutefois, nous continuons d'avoir un malade et je conclurai dans un instant en montrant que la relation médecin-malade est tout, sauf perdue.

✓ *Le droit*

Marie Grosset a évoqué largement les différents usages que l'on peut faire du mot « norme ». Cette problématique me paraît complexe. Même si cette année le Conseil d'État est en train de consacrer la notion de droit souple, il faut savoir que cette dernière est pratiquée depuis très longtemps dans le secteur de la santé, avec les risques qu'elle comporte et l'insouciance avec laquelle on y recourt. Je ne vais pas revenir sur toutes les normes évoquées par Marie Grosset. Toutefois, il est évident – et nous l'avons encore vu lors d'un débat au Conseil d'État sur des propositions de loi sur la fin de vie – que l'expression « bonne pratique » couvre une multitude de situations totalement différentes, qui vont depuis une forme de recommandation légère jusqu'à des textes beaucoup plus contraignants. Personnellement, je pense qu'à l'avenir des décrets encadreront la pratique médicale et participeront à une forme de rigidification, ou en tout cas à un encadrement beaucoup plus rigoureux par des normes à valeur juridique élevée.

Les intervenants ont également évoqué des points que l'on retrouve non pas dans le Code de la Santé, mais dans le Code de la Sécurité Sociale. À vrai dire, dans l'ensemble des textes qui encadrent nos pratiques, le Code de la Sécurité Sociale est plus présent que le Code de la Santé. C'est ainsi qu'une décision consistant à supprimer le remboursement pour les hypertensions (y compris sévères), qui a fait l'unanimité contre elle, s'est matérialisée uniquement en application de quelques textes de la Sécurité Sociale.

Enfin, il convient de rappeler que la quarantaine était une norme de santé publique. Ainsi, la réponse aux crises sanitaires constitue une forme de norme, où l'obligation dépasse la recommandation.

✓ *La personne*

Le troisième facteur est la personne. J'utilise ce terme car il me permet d'éviter de choisir entre le mot « citoyen », le mot « usager » ou le mot « malade ».

Le mot « citoyen » renvoie à la question de la place de la santé dans le débat public. Si l'on examine la dernière campagne électorale, on s'aperçoit que ce sujet n'a pas la même importance que l'éducation ou les transports.

Le mot « usagers » est utilisé par les associations de consommateurs. Il est vrai que les malades ne forment qu'une partie de la société. Or il est important que les bien-portants puissent aussi parler sur la maladie.

J'en viens enfin à la notion de « malade ». J'estime que le malade n'est pas assez entendu. Si je voulais faire preuve de provocation, je dirais que lorsqu'on écoute le signe de la psyché, on l'écoute tellement que le malade peut parler tout seul et le médecin peut ne rien dire. À l'inverse, dans les maladies somatiques, certains médecins n'écoutent pas leurs malades – surtout lorsqu'ils regardent leur ordinateur. Pour revenir à « l'inertie du médecin » ou à « la surdité du malade », j'estime que malgré une société de plus en plus technologique, malgré une société où le médicament continue d'être roi, dans une société où l'ordinateur devient l'interlocuteur de choix, la relation médecin-malade devient la condition *sine qua non* pour trouver les voies et moyens de réguler les pratiques médicales.