

Les nouvelles obligations médicales



Laurent Degos (AIHP 1967)
Président de l'AAIHP

(1945-)

Allocution prononcée le samedi 6 décembre 2006
lors du colloque national organisé par l'AAIHP
au CNAM : *Quels métiers pour les médecins ?*

Je suis heureux parce qu'aujourd'hui, on a écouté beaucoup de propos qui n'auraient pas été les mêmes qu'il y a quelques années. Si on avait demandé, il y a vingt ou trente ans, quel métier pour un interne, un interne des hôpitaux de Paris ? On lui aurait dit, il faut absolument faire de la recherche, on lui aurait dit qu'il fallait faire bien autre chose. Et vous avez vu qu'aujourd'hui on a parlé de sécurité, de pratiques, de qualité, de mobilité, de démographie. Donc tous ces mots qui en fait ne sont pas si proches du métier que cela, à première vue, mais qui sont vraiment dans le métier d'aujourd'hui.

Mardi dernier, à Orlando, Don Berwick qui est l'un des grands hommes de la santé publique américaine a dit qu'il y a 15 millions d'effets indésirables dans les hôpitaux américains chaque année. 40 000 par jour. Il est convenu que, dans le monde entier, entre 6% et 8% des hospitalisations sont dues à des effets indésirables avant l'hospitalisation. Pour la moitié de la médecine de ville, pour l'autre moitié de la médecine hospitalière. Un événement indésirable grave survient tous les cinq jours dans un service de trente lits. Le service de trente lits, c'est vraiment le service usuel. Un tous les cinq jours ! C'est dire que la qualité devient aujourd'hui le phénomène le plus important de notre pratique médicale. Et je l'ai vu cet après-midi. On n'en est peut-être pas tous conscients comme par exemple quand on conduisait pour nous dire que, ma foi, il y avait des accidents avec des morts sur la route. Aujourd'hui, on en est bien conscient et on a vu qu'on pouvait réduire ce taux de mortalité sur les routes. D'ailleurs, il y a désormais plus de morts dus à l'hospitalisation que de morts sur la route. Et la moitié de ces accidents indésirables graves est évitable. Donc ce tableau nous fait prendre conscience qu'il faut aller plus loin, et je comprends aujourd'hui pourquoi on en parle lorsqu'on a une grande assemblée d'internes et d'anciens internes des hôpitaux de Paris, en se

disant, ce n'est plus la recherche, etc., c'est vraiment la qualité qui devient le phénomène principal, le centre de notre attention de professionnels.

Pourquoi y a-t-il ce changement ? Il est dû au progrès médical. Et le progrès médical est un phénomène bénéfique. On est tous très content, très heureux de savoir qu'on vit mieux, plus longtemps. Mais ce progrès médical entraîne différents dysfonctionnements. Tout d'abord quand il s'installe, il fragilise toute la chaîne de soins. Dès qu'il y a un chaînon qui devient un chaînon de progrès, toute la chaîne est fragilisée, parce qu'il y a un changement d'habitudes, un changement d'exercice. Ce progrès médical, en plus, se diffuse plus ou moins vite, et on voit bien que la démographie et l'implantation géographique jouent un rôle. On voit bien la différence qui existe entre les différents départements. Ce progrès médical met en valeur toutes nos différences et toutes nos difficultés. Et la formation initiale ne suffit plus. Ce n'est pas parce qu'on a été formé il y a quarante ans que l'on sait ce qui se passe aujourd'hui. Autrefois, la formation médicale suffisait. Maintenant non. Donc on est là devant un phénomène nouveau. Ce qu'on a dit aujourd'hui c'est que ce progrès médical nous met en fragilité et nous met en déséquilibre. Alors que peut-on faire ?

À la Haute Autorité de Santé, nous avons commencé à penser qu'il fallait rendre flexible et adaptable notre système pour que l'on puisse gérer un peu l'évolution. Tout d'abord, on a commencé à dire, le panier de biens et de services remboursables doit être flexible. Vous savez, il y a des entrées et des sorties. Le phénomène du déremboursement a posé problème. Mais les médicaments que nous avons évalués et proposés au déremboursement n'avaient que peu d'effet clinique. Comment voulez-vous qu'on dise aujourd'hui qu'un médicament remboursable est de grande valeur

quand il n'a pas fait l'objet d'essais cliniques satisfaisants ? On a fait en sorte aussi que dans les affections dites de longue durée et coûteuses - qui ouvrent droit à une prise en charge à 100% et à donne lieu à un protocole de soins -, il y ait là aussi une pensée nouvelle. Tout d'abord dissocier la partie parcours de soins et la partie remboursement. Ce sont quand même deux phénomènes différents. Et puis réfléchir sur les entrées et les sorties d'une maladie longue durée. Aujourd'hui, il n'est pas envisagé qu'on puisse sortir d'une maladie longue durée puisqu'on ne guérissait pas de ces maladies chroniques. Aujourd'hui on sait guérir un cancer, on sait guérir d'autres maladies chroniques. Il faut donc repenser notre système. On a aussi discuté sur les délégations de tâches et les délégations de compétences, que nous appelons plutôt coopération interprofessionnelle parce que les mots délégation ou transfert, compétence ou tâche sont des mots qui ne font pas consensus. Donc on a préféré coopération interprofessionnelle. Mais là aussi, on va faire en sorte que grâce aux progrès, chacun puisse donner le mieux de son savoir. Et on peut très bien proposer un acte à quelqu'un d'autre. Vous voyez que, petit à petit, on veut rendre flexible notre système alors que, a priori, tout le monde était contre cette flexibilité et cette adaptation. Mais il faut encore aller plus loin face au danger des défauts de la qualité de la qualité.

Comment peut-on faire pour qu'il y ait plus d'efficacité et de sécurité ? Tout d'abord, j'aimerais bien reprendre avec vous le mot efficacité. Pour l'instant, des essais cliniques qui sont faits par des industriels ? Ils regardent l'efficacité des essais cliniques avec des patients qui sont inclus et des patients qui sont exclus. Près de 30% ou 40% des patients qui pourraient recevoir ce traitement sont exclus parce qu'ils sont trop vieux, trop jeunes, en insuffisance rénale, ou encore en insuffisance hépatique, etc. Donc on a aucune approche claire sur les effets d'un produit dans la vie réelle. Beaucoup de

coûteurs proposent une comparaison par rapport au placebo pour montrer qu'il y a un effet. Or ce qui nous intéresse, en tant que professionnels de santé, c'est l'efficacité en vie réelle. L'efficacité pour tout le monde, même si on a un peu d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique... C'est ce à quoi travaille la Haute Autorité de Santé. A contrario, ce qui intéresse les pays voisins comme les Anglo-saxons, les Allemands et bien d'autres, c'est le rapport coût / efficacité en vie réelle.

La Commission de transparence pour les médicaments, la Commission des produits et des prestations pour les CEPP pour les dispositifs et la Commission des actes professionnels, regardent le service médical rendu en vue du remboursement et l'amélioration du service médical rendu pour aider à fixer le prix.

Mais on se sert surtout de ces données en vie réelle pour pouvoir alimenter le cœur même de la Haute Autorité de Santé qui se trouvent être les recommandations de bonnes pratiques. Et ces recommandations de bonnes pratiques, permettent de pouvoir sortir des référentiels. Pourquoi cherche-t-on des référentiels ? Pour pouvoir agir sur la pratique et faire en sorte que le progrès médical s'implante un peu partout. Notre but est que le patient puisse avoir accès au progrès médical. Vous voyez donc que l'activité est intégrée. On part de l'évaluation des produits, les médicaments, les dispositifs et les actes, on les transforme en recommandations de bonnes pratiques, et ensuite on essaye d'agir pour le changement de comportement face au progrès. Et c'est là que c'est important. Comment peut-on agir ? On agit - par la certification des établissements - en visitant les hôpitaux et les établissements de soins. Et on donne les résultats au directeur de l'hôpital. On regarde aussi l'évaluation de la pratique médicale des personnes elles-mêmes, que ce soit à l'hôpital ou en ville. Ça s'appelle l'évaluation des pratiques professionnelles. On évalue le suivi des référentiels, lesquels référentiels suivent les bonnes pratiques, lesquelles bonnes pratiques suivent le progrès médical. Et en plus, on retrouve tout le parcours de soins. Ce sont toujours des recommandations. Mais on le fait d'autant mieux pour les maladies longues et coûteuses que la Sécurité Sociale nous demande

Samedi 16 décembre 2006
de 13 h à 18 h 30

Conservatoire des Arts et Métiers
Amphithéâtre Paul Painlevé

Quels métiers pour les médecins ?

Contraintes et évolutions de l'exercice médical

4 tables rondes

Médecin : un métier en évolution, de la formation aux pratiques.
Exercice médical en période de pénurie
Démographie et spécialités médicales
Les métiers de médecins

Entrée libre - Inscription conseillée

Avec le soutien de THUSAINE

Colloque national organisé par l'Association Française des Anciens Médecins en Médecine des Hôpitaux de Paris

AAJMR 81 rue de Paris 75002 Paris
Tél. 01 42 96 19 11
Fax 01 42 96 01 16
Site : www.aaajmr.fr

CMAM 202 rue St Martin 75002 Paris
Métiers Arts et Métiers, Bâtiment Sébastien Rod. 20, 28, 36, 47
Paris 13^e St Martin 4^e arrondissement

de faire des listes et des guides. On le fait cependant aussi pour les autres maladies. On travaille aussi sur les logiciels d'aide à la prescription. La Haute Autorité de Santé mobilise tous les moyens qui permettent de faire ce changement de pratiques pour évoluer vers plus de qualité.

Alors, comment fait on évoluer le comportement des médecins ? On a deux moyens : la formation médicale continue, et l'évaluation des pratiques professionnelles. Tous les pays européens, à l'exception du Danemark - j'ignore pourquoi, ont mis en place la formation médicale continue. La formation médicale continue est relativement simple. Il suffit par exemple d'avoir de participer à deux journées et demie dans un congrès et d'avoir deux abonnements par an pour effectuer sa formation médicale continue.

Pour ce qui est de l'évaluation de la pratique professionnelle, nous demandons qu'il y ait une vraie volonté d'entrer dans une démarche qualité. Alors, pour la médecine de ville, le plus

simple est de faire des groupes de pairs. Faire ensemble et essayer de discuter autour d'un cas, autour d'une ordonnance, pour avoir un peu ce que fait chacun. Et essayer de faire émerger la solution consensuelle qui est toujours la meilleure et suivre la pratique dans le temps afin qu'elle évolue.

Au niveau de l'hôpital, on essaye de faire des revues formalisées de morbidité, de mortalité, propos des événements indésirables. Nous avons cherché à ce que ce soit intégré dans la pratique, que ce soit fait sans mettre des "points". On ne cherche pas à normer une personne. On cherche à lui apporter les outils et moyens permettant une analyse de sa pratique pour que, le cas échéant, elle l'améliore.

Je terminerai pour vous dire qu'on a rajouté pour les métiers à risques, les métiers qui sont proches de là où il y a un événement porteur de risques, où les assurances sont assez chères, l'accréditation médicale et l'accréditation des médecins au sein des équipes médicales. Et ces événements m'intéressent très particulièrement. Lorsqu'il y a un événement grave et qu'heureusement il n'a pas causé de dommages au patient. On peut y chercher deux choses. Premièrement, la cause de cet événement, comme on le fait pour n'importe quel événement indésirable qui causent un dommage au patient. Mais en plus on peut rechercher ce est le talent de la personne, qu'il soit médecin, infirmier, qu'il soit de la famille ou d'ailleurs, qui a fait qu'on a évité le dommage. Et c'est là le futur de la qualité : l'anticipation de l'événement indésirable.

L'aviation civile, l'armée, tout le monde cherche à anticiper et non pas à avoir le dommage pour ensuite réfléchir. Nous essayons de chercher à la fois la sécurité et le talent, la créativité. Donc à nous de faire en sorte que la sécurité et la créativité se conjuguent pour plus d'anticipation.

Ainsi, par cette démarche intégrée et cette approche pragmatique, la Haute Autorité de Santé œuvre, avec les professionnels et les patients, pour améliorer chaque jour la qualité de notre système de santé.