

Réflexion en profondeur sur la médecine et la santé pour supprimer « le trou de la sécu »

*Soustraire l'information médicale à la marchandisation des savoirs
Donner aux omnipraticiens une fonction de stratèges
Développer la « médecine numérique » et l'éducation des citoyens*

Depuis l'instauration de l'Assurance maladie en octobre 1945, le corpus des connaissances médicales s'est enrichi à travers trente-cinq spécialités d'organes soutenues en amont par le développement des biotechnologies. Ce développement des spécialités d'organes a induit une multiplication des actes techniques et leur corollaire : une multitude de codifications. Cette évolution s'est faite aux dépens de la valorisation des actes d'analyse et de synthèse de l'omnipraticien dans les spécialités transverses¹. Parallèlement le déficit de l'Assurance maladie n'a fait que croître car dans chaque discipline, les bio et bientôt les nano bio technologies associées au recul de la mortalité ont ouvert la voie à un marché dont « l'homme synthétique » risque d'être le modèle ultime. Cette hausse inéluctable des coûts de santé est survenue malgré les réformes administratives successives et malgré les mesures qui ont porté sur les patients depuis cinq ans.

Un espoir vers la qualité est apparu depuis la mise en place par l'Assurance maladie du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) et de la nouvelle politique conventionnelle pour une médecine performante.

Une « refondation » de la politique de santé s'impose, il faudrait qu'elle touche les Ministères de la Santé, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, de l'Education Nationale, des Finances et de l'Industrie et qu'elle se réfère à plusieurs centres de décision, publics et privés, et aux ordres professionnels. Elle sous entend, pour une coordination effective, la création d'un **Conseil Supérieur de la Santé** sur le modèle du CSA dont le Président serait nommé par la Présidence de la République sur proposition des deux Assemblées.

Cette refondation en profondeur aurait une triple dimension de santé publique :

- donner aux chercheurs liés aux bio- technologies la possibilité de promouvoir leurs publications de façon indépendante et faciliter la création des savoirs issus des pratiques qui sont, de par leur nature, plus éloignées des technologies médicales et du marché,
- valoriser la pratique des spécialités transverses et en particulier celle de la médecine générale. Ces spécialités devraient représenter près de 80% des soins courants avec, dès que possible, des délégations de soins. Parallèlement, il faudrait assurer la mise en place d'une recherche sur l'interconnexion entre les savoirs cliniques et l'économie de santé,
- promouvoir la « médecine numérique » en passant par une refonte de la communication en santé/social, incluant le dossier médical partagé (DMP) et le dossier pharmaceutique dont l'usage doit être rendu obligatoire, ainsi que l'obligation de tenir un dossier médical professionnel (DM Pro), accompagné par l'ordonnance et la signature électronique. Il faudra également soutenir et contrôler la création d'aides à la décision et à la consultation médicale (SADM) et l'éducation thérapeutique pour chaque usager dès l'âge scolaire.

ETAT DES SAVOIRS - MODELES INTERNATIONAUX - SOUTIENS A L'EDITION MEDICALE

Dans chacune des 35 spécialités d'organes, la recherche et les publications ont suivi trois axes de développement: axes physiologiques et physiopathologiques conduisant à de nouvelles molécules ou à de

¹ Omni-pratique dans les spécialités transverses : pédiatrie, médecine générale, médecine interne, gériatrie, médecine d'urgence, médecine environnementale et du travail, médecine scolaire, oncologie, etc.

nouveaux kits diagnostiques, axes iconographiques vers la visualisation de l'infiniment petit. Et un troisième axe, en cours d'émergence, est celui des bio nano technologies. Parallèlement, de nouvelles disciplines sont apparues comme l'immunologie, aujourd'hui au stade de maturité, alors que nous entrons déjà dans l'ère de la « génomique ». Les déploiements de ces recherches, tant pour leurs publications scientifiques internationales que pour leurs usages, sont le plus souvent tributaires du secteur marchand. Dans le même temps, les « disciplines médicales transverses » sont devenues de plus en plus complexes à exercer car le clinicien transverse a besoin d'assimiler ce que chacune des 35 spécialités d'organes peut apporter à l'exploration de son patient. Les savoirs transverses, issus de la pratique interdisciplinaire (omni-pratique) et de l'expérience en situation ont un potentiel de développement d'au moins 20% de nouveaux savoirs par an; leur masse et leur renouvellement imposent un support informatique intelligent pour les mettre à disposition des cliniciens.

Ces savoirs dont la diffusion a été très largement assurée par la presse médicale et scientifique, plus ou moins soutenue jusqu'alors par la publicité pharmaceutique, doivent trouver aujourd'hui un nouvel équilibre économique pour être diffusés. Des modèles internationaux de transfert de connaissances existent déjà : la National Library de Washington, dès la seconde moitié du 20^e siècle, donne accès dans le monde entier aux articles scientifiques répertoriés dans MEDLINE. Au Canada puis en Grande Bretagne, la Fondation COCHRANE et le British Medical Journal, nés vers 1978, sont les porte-paroles privilégiés de l'Evidence Base Medecine, premier niveau de sciences médicales pratiques. GOOGLE donne accès à des banques de données médicales, mais les connaissances qui y sont disponibles sont brutes, non synthétisées et ne permettent pas la lecture pendant l'acte médical. Elles ne sont ni validées, ni certifiées.

En France, les pouvoirs publics ont soutenu des modèles innovants de banques de données des pratiques médicales sur Internet certaines ont été modélisées et leur faisabilité a été prouvée le site ADMP.fr donne ainsi accès à une connaissance dans les maladies d'enfant en liaison avec le Collège National des Pédiatres Enseignants et la Haute Autorité de Santé. Ces projets consistent à extraire les savoirs issus des pratiques du terrain, à les valider et à les certifier, tant dans la qualité des savoirs que dans leur indépendance. Pour franchir le stade de la recherche et passer dans le monde de l'édition électronique commerciale, des aides de l'Etat et le soutien de la CNAMTS doivent leur permettre d'atteindre le niveau d'équilibre leur permettant de vivre de leurs propres ressources. Cette aide de l'Etat est d'autant plus justifiée que la France a perdu son fleuron de l'édition médicale par la vente des éditions MASSON en 2004 à ELSEVIER, leader international d'origine anglo-néerlandaise.

FORMATIONS DU FUTUR – VALORISER LES MEDECINES TRANSVERSES – DELEGATION DE SOINS

Les grandes réformes universitaires qui conduisent encore aujourd'hui notre politique d'enseignement datent de 1958. Elles reposent sur la triple responsabilité des médecins hospitalo-universitaires : « soins, enseignement, recherche ». Les recherches orientées vers les bio- technologies et l'épidémiologie se sont souvent développées au détriment de la recherche clinique dans les disciplines médicales transverses. Même à l'hôpital, les spécialités transverses sont moins attractives, car les budgets de service n'incluent pas d'actes techniques rémunérateurs. Aussi, les étudiants ont-ils tendance à choisir les spécialités telles que l'ophtalmologie, la radiologie, l'anesthésie, la cardiologie.

Pour développer les spécialités transverses*, il faut promouvoir des recherches complémentaires, par exemple celles orientées vers la pédagogie sur support numérique et en épistémologie des sciences médicales. Trois axes de recherches sont à promouvoir pour **préparer les formations du futur** :

- comment le médecin doit-il apprendre à se poser les bonnes questions sur son exercice, ce questionnement venant compléter les consensus et les guides de bonne conduite des agences de l'Etat,
- comment apprendre à prescrire les examens les mieux adaptés à la situation clinique, tout en ayant une analyse critique de la démarche sur le plan des coûts directs et des coûts sociaux,
- comment développer la prévention en santé. A cet effet, il faut favoriser la création d'**une chaire universitaire de prévention** et permettre une recherche dans ce domaine.

Pour valoriser la fonction de la médecine générale, nous proposons d'approfondir, à budget constant, le rapprochement des cursus universitaires « médecine interne/médecine générale » en établissant trois catégories d'exercice : la médecine interne de recherche clinique plutôt en CHU, la médecine interne hospitalière (publique ou privée) et la médecine interne générale en pratique ambulatoire. Des passerelles entre ces trois orientations seront facilitées en fonction des besoins et des désirs individuels ; on évitera ainsi des enseignements redondants.

Enfin, le travail de l'omnipraticien étant comparable à celui de l'ingénieur chantier sur un pont ou à celui d'un entraîneur ou manager sportif, il est impératif que le législateur prenne en compte et respecte le temps dont le professionnel de santé a besoin pour un exercice intelligent de sa fonction. **Cette dimension humaine de la consultation sera source de progrès économique.**

Parallèlement, des transferts de compétences (délégation de soins) doivent être organisés avec les professions d'infirmiers, de pharmaciens, etc. Ces professionnels devront être autorisés à prendre en charge certains actes répétitifs et certains actes techniques. Les enseignements portés par les technologies interactives de communication (TIC) faciliteront ces transferts.

PROMOTION DE LA MEDECINE NUMERIQUE

De nombreux outils sont déjà disponibles, leurs usages doivent être rendus obligatoires.

C'est cet usage courant qui permettra alors un réel mouvement pour la qualité en santé, mais c'est lui aussi qui permettra de tendre vers l'équilibre budgétaire de l'Assurance maladie.

Le législateur a mis en place le dossier médical partagé (DMP) pour le suivi du parcours de soins. Les résultats des tests terrain sont attendus dans quatre régions pilotes. Le DMP permettra d'avoir accès au parcours de soins et à une information socio-économique sur chaque patient. Le DMP lié aux banques de connaissances médicales facilitera le rapprochement entre les codifications des actes (autour des soins) et les indexations de connaissances (dans les banques données) ; ce rapprochement sera un facteur qualité pour les codifications des actes.

Il faudra rendre fortement incitatif sinon obligatoire, l'usage du dossier pharmaceutique (DP), de l'ordonnance et de la signature électronique, du dossier médical professionnel (DM Pro) et des systèmes d'aide à la consultation médicale (SADM). De plus, la carte du professionnel de santé (CPS) doit donner accès à toutes les données facilitant l'exercice d'une médecine optimisée et doit permettre à chaque praticien de connaître l'analyse des dépenses induites pour chaque patient.

Pour l'usager, la carte VITALE doit pouvoir donner accès aux informations sur sa profession, son statut social et aux aspects comptables le concernant quant à ses dépenses de santé.

Enfin, il faut encourager la création de sites pour l'éducation thérapeutique. Ces sites devront être facilement accessibles, leur réalisation devra être soutenue financièrement et contrôlée, leur accès devra être « recommandé » par les médecins. Une première étape est en cours avec l'Assurance maladie au travers du programme SOPHIA, son extension après la période test se fera grâce à l'appui du corps de santé. Cet ensemble de mesures nous conduira vers le nouvel aspect fonctionnel de la consultation médicale, la consultation à trois : patient, médecin et Internet.

Conclusion

Aujourd'hui, les réformes administratives, comptables et conventionnelles ont montré leurs limites. Nous souhaitons, que les nouveaux savoirs, une modification des enseignements et les délégations de soins, l'approfondissement de la communication numérique en santé/social et l'éducation à la santé de tous les Français, permettent à l'Assurance maladie de retrouver son équilibre budgétaire. Ainsi sera conservé cet extraordinaire acquis social, pour des soins égalitaires et solidaires.

Bibliographie

- RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES (septembre 2001) « la Sécurité Sociale- Synthèse – Les éditions des Journaux officiels
- DEVELOPPER LA CONNAISSANCE MEDICALE SUR LE LIEU DE TRAVAIL Rapport SANTE et Prospectives OCDE (2002)
- DEVELOPPEMENT DES SOINS PRIMAIRES et besoins des populations Rapport OMS Nov. 2002

L'IMPASSE DES SAVOIRS Dr. Philippe ABASTADO – Editions EDK 2007-
PRATIQUE ET THEORIE DU RETOUR D'EXPERIENCE EN MANAGEMENT thèse de
Doctort à l'Ecole Polytechnique de Robert PICARD –sept.2006 –
PRINCIPIA RHETORICA « une théorie générale de l'argumentation Michel MEYER Edition Fayard
ETUDES DES SYSTEMES INFORMATIQUES d'AIDE à la DECISION MEDICALE
(SADM) Dr. P-Henri COMBLE Juillet 2010 CEGEDIM ACTIV / HAS
CONSEIL d'ANALYSE ECONOMIQUE Bureau du Premier Ministre MEDECINE DE VILLE : quelles nouvelles pratiques
pour quels gains d'efficience ? . Note d'analyse N°2 04 décembre 2010
La NORMALISATION DU SOIN : la théorie contre la pratique ou l'objet contre le sujet. Mémoire de l'espace éthique de
l'APHP Anesthésie et Gynécologie - Master « Ethique » 2008-
MEDECINE FONDEE SUR LES FAITS (Evidence Base Médecine) Geneviève CHENE & Rachid SALMI ISPED/ELSEVIER
Janvier 2007
PRATIQUES & JURISPRUDENCES MEDICALES : aider le médecin, rassurer le malade, prévenir le risque juridique Thomas
CASSUTO Lettre PRESAGE Nov. 2010 N° 11
AMBROISE PARE, LA MAIN SAVANTE de Jean Michel de la COMPTEE GALLIMARD 2007
CONSEIL d'ANALYSE ECONOMIQUE Bureau du Premier Ministre « l'Economie de santé et le
Développement Numérique » Rapport 47 Janvier 2011.