

La réforme de l'assurance maladie

et accompagner le développement des structures de soins primaires tout en gérant le devenir des cabinets ayant des performances médiocres⁹.

Une difficulté supplémentaire pour les médecins de soins primaires est qu'ils sont le plus souvent confrontés à des polyopathologies et à de faibles nombres de patients présentant une pathologie bien définie. Cela pose deux problèmes de méthodes qui ne sont pas résolus de manière satisfaisante. Le premier est qu'il n'existe pas de référentiels pour les polyopathologies puisque les référentiels sont dérivés des recommandations, elles-mêmes élaborées pour des conditions pathologiques

bien définies et souvent très limitées dans leur domaine d'application. De ce fait, les praticiens prenant en charge des patients atteints de plusieurs pathologies chroniques doivent déterminer les priorités pour définir leurs objectifs thérapeutiques avec le patient. Les recommandations actuelles sont rarement présentées avec des données épidémiologiques de nombre nécessaire à traiter (NNT), des cas types ou des vignettes qui permettraient de savoir quelle est l'intervention prioritaire pour un patient polyopathologique¹⁰.

Le second est que les indicateurs de performance ne sont pas utilisables lorsque la population de patients

9. McColl A., Roderick P., Smith H., Wilkinson E., Moore M., Exworthy M., Gabbay J. « Clinical governance in primary care groups : the feasibility of deriving evidence-based performance indicators ». *Qual Health Care*. 2000 Jun; 9 (2) : 90-7. Campbell S.M., Sheaff R., Sibbald B., Marshall M.N., Pickard S., Gask L., Halliwell S., Rogers A., Roland M.O. « Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts : reconciling quality improvement and quality assurance ». *Qual Saf Health Care*. 2002 Mar; 11 (1) : 9-14.

10. Woolf S.H. « The need for perspective in evidence-based medicine ». *JAMA*. 1999 Dec 22-29; 282 (24) : 2358-65. Cynthia M. Boyd; Jonathan Darer; Chad Boulton; Linda P. Fried; Lisa Boulton; Albert W. Wu. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases : Implications for Pay for Performance. *JAMA*. 2005; 294 : 716-724. Patrick J. O'Connor. « Adding Value to Evidence-Based Clinical Guidelines ». *JAMA*. 2005; 294 : 741-743.

La responsabilité médicale : la nécessité de l'accréditation et des bonnes pratiques

Les mots n'étant que les vecteurs des idées, il peut être utile pour une meilleure compréhension de celles-ci, de préciser le sens que l'on entend donner à ceux-là. En particulier celui que l'on peut attacher à « risque de responsabilité civile médicale ».

L'approche étant celle de l'assureur, il s'agit exclusivement de la mesure économique du coût que représente ce risque pour l'ensemble des spécialistes concernés. Une telle mesure est très différente du coût économique de ce risque pour la société ou du coût social de ce même risque.

Ce coût va agréger la somme escomptée des réclamations de toute nature que la société va vouloir faire supporter à ces praticiens, chaque fois qu'un citoyen considérera qu'un préjudice lui a été occasionné.

Somme escomptée signifie valeur actuelle de tous les coûts, présents et à venir, liés à cet événement.

Société signifie ensemble des lois, règlements, jurisprudences, à disposition des magistrats pour, en droit (et non en équité), répondre aux demandes des victimes, et dans

ce domaine surtout de leurs ayants droit.

Ainsi donc ces coûts résulteront, d'une part, des éléments établissant la plainte :

- la perception du préjudice. Il s'agit bien de la perception et non de la réalité : il peut y avoir préjudice réel non perçu, comme préjudice perçu bien qu'inexistant ;

- la volonté d'en demander réparation ;

- la démonstration de la faute commise, étant entendu aujourd'hui que l'information préalable insuffisante ou insuffisamment établie est génératrice de faute ;

- le partage éventuel de la charge de cette faute avec d'autres acteurs.

Et, d'autre part, des éléments établissant le quantum du préjudice :

- les frais de soins actuels et futurs (y compris provisions pour inflation future)

- l'ensemble des conséquences économiques actuelles et futures, y compris pertes de chances et tenant compte de l'indexation sur le coût de la vie à venir ;

- les préjudices dits personnels

relatifs à tous les retentissements de l'événement sur la vie actuelle et future ;

- l'ensemble de ces préjudices devant être valorisé au moment de l'événement en tenant compte de l'espérance de vie de la victime.

L'obstétrique tient évidemment une place à part dans la médecine, puisqu'une naissance est un moment où s'attachent un affectif particulièrement fort et une dimension thérapeutique faible. De ce fait, les plaintes y présentent une fréquence et une acuité relativement importante puisque, chaque année, 11 % des praticiens sont mis en cause à ce titre, selon nos statistiques.

Si ce chiffre est inférieur à celui des actes chirurgicaux (environ 30 %), il est largement supérieur à celui de la médecine générale (moins de 2 %) ou de la plupart des spécialités (entre 2 et 8 %).

De plus, avec la loi du 4 mars 2002, le législateur a jugé utile de renforcer les moyens dont disposent les plaignants pour faire valoir leurs droits.

Mais ce qui distingue le plus cette spécialité et en fait un cas

Michel Dupuydauby
 Directeur général
 du groupe Macsf
Jean-Bernard Truc
 Service de
 gynécologie-
 obstétrique du
 Groupe hospitalier
 Lariboisière,
 AP-HP

présentant une pathologie donnée est trop faible car la variabilité naturelle de l'indicateur est trop grande¹¹. On peut proposer de concentrer les efforts d'évaluation sur les pathologies représentant un pourcentage important du volume d'activité du praticien.

Il faut toutefois bien comprendre que, malgré ces difficultés, les démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité font partie de l'exercice médical. Le point clé est que ces démarches soient organisées par les professionnels, avec des méthodes rigoureuses et validées. La généralisation des audits organisés par des groupes différents pour une importante population de médecins présente un risque important d'hétérogénéité et de manque de rigueur dans le choix des critères d'audit. On peut donc recommander aux organismes

11. Campbell S.M., Sheaff R., Sibbald B., Marshall M.N., Pickard S., Gask L., Halliwell S., Rogers A., Roland M.O. « Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts : reconciling quality improvement and quality assurance ». *Qual Saf Health Care*. 2002 Mar; 11 (1) : 9-14.

agréés pour l'évaluation des pratiques professionnelles l'utilisation de critères et de protocoles d'audit publiés et validés, qui permettent une réelle amélioration des pratiques, plutôt que de développer localement leurs outils¹².

12. Hearnshaw H.M., Harker R.M., Cheater F.M., Baker R.H., Grimshaw G.M. « Are audits wasting resources by measuring the wrong things? A survey of methods used to select audit review criteria ». *Qual Saf Health Care*. 2003 Feb; 12 (1) : 24-8.

très spécifique, c'est l'intensité moyenne très élevée du *quantum* des réclamations.

En effet, d'une part l'obstétrique se distingue par une proportion particulièrement élevée d'événements générant des préjudices très lourds (par exemple : anoxies entraînant des lésions cérébrales irréversibles, dont on connaît pourtant maintenant l'origine souvent dans l'*antepartum*).

D'autre part, il est évident que les nouveaux nés sont une population d'âge moyen largement inférieur à celui de la moyenne sur lesquels interviennent les autres disciplines. Et de ce fait leur espérance de vie, largement supérieure, entraîne une valorisation des préjudices beaucoup plus importante. En moyenne, on peut considérer que le coût des réclamations dans cette discipline est dix fois supérieur à celui des disciplines chirurgicales. Et cela entraîne en corollaire un coût assurantiel bien plus élevé. Or un tel état de fait n'est évidemment en rien imputable aux praticiens concernés.

Malheureusement, en l'absence de dispositions législatives spécifiques

que les autorités se refusent à considérer, les principes économiques leur en font, de façon incontournable, imputer les conséquences.

Dans ces conditions, la première mesure d'urgence consisterait à prendre en compte le prix du risque dans le coût facturé des accouchements, ce qui n'est pas le cas actuellement. La seconde à investir les dépenses de prévention par priorité dans les disciplines périnatales. La troisième à engager une réflexion de fond autour de l'accouchement, des risques et des dimensions éthiques et sociologiques qui lui sont attachés.

On l'aura compris, on peut prévoir que ces dépenses vont augmenter de façon importante. Mais si elles sont incontestablement des dépenses médicales, en ce sens qu'elles impliquent le savoir et les moyens de la médecine, on pourrait discuter le fait que ces dépenses soient imputées au budget de la branche maladie. Elles seraient plus opportunément affectables à la branche famille, qui bénéficie très directement de cet apport de démographie nouvelle.

Dans l'avenir, l'accréditation et les bonnes pratiques des équipes médicales, liées à la nouvelle loi sur l'assurance maladie, constitueront des nécessités incontournables.