



tribunes

Pertinence des stratégies médicales

Les travaux et rapports du Professeur Mornex sont souvent cités dans le cadre des propos sur la pertinence des soins. Selon lui l'origine de la dérive est due à une formation médicale trop technique et insuffisamment humaine et réfléchie.

René Mornex

Professeur émérite, Doyen honoraire de la faculté de médecine de Lyon, membre de l'Académie nationale de médecine

Le 18 avril 2013, l'Académie nationale de médecine a adopté le rapport que j'avais préparé avec quelques membres de la compagnie (J. Dubouset et G. Nicolas), intitulé « *Améliorer la pertinence des stratégies médicales* » qui confirmait les travaux exécutés dans le cadre de la Fédération hospitalière de France.

Nous étions frappés par les problèmes que l'organisation des soins, tant au niveau du diagnostic que de la thérapeutique, subissait depuis quelques années avec une inflation du recours aux examens complémentaires, dont les progrès sont spectaculaires mais dont les risques s'accroissent et le coût devient excessif.

Dès la fin du xx^e siècle, la notion de stratégie médicale était devenue évidente mais nécessitait des bases de référence. C'est ainsi que sont nées en 1988 l'Andem, puis l'Anaes enfin la Haute Autorité de santé (HAS) qui ont schématisé, codifié, diffusé les recommandations de bonne pratique clinique. Ces organismes ont rajouté la notion d'efficience, c'est-à-dire du rapport entre le coût financier et humain et le bénéfice. Le problème majeur est que ces travaux reposent sur une large population et que chaque cas clinique est unique, en raison de l'âge, des conditions sociales, de l'environnement technique. L'idéal est d'aboutir à une médecine sobre et personnalisée qui, dans une approche humaniste, soigne mieux et à moindre coût. Cela exige du temps pour éviter les interrogatoires bâclés et les examens cliniques sommaires.

Il faut surtout un changement de l'état d'esprit du médecin qui devrait lui être inculqué au cours des stages hospitaliers. Le médecin doit être conscient qu'il est ordon-

nateur des dépenses de santé de la nation et qu'il faut évaluer en quelle mesure un examen supplémentaire changera l'efficacité de la stratégie. Il est donc apparu qu'une des causes majeures de cette dérive est due à l'insuffisance de la formation clinique et de son évaluation.

Les faits

Quelques grands domaines d'approches se sont dessinés.

Les bilans : la manière de les prescrire en bloc est trop imprécise (bilans hépatiques, lipidiques etc.)

L'imagerie : c'est surtout l'imagerie qui est au cœur des problèmes car elle se diversifie et est de plus en plus précise et coûteuse. Chaque technique a ses indications adaptées en fonction de l'hypothèse clinique préalable et doit être choisie par les imageurs eux-mêmes. L'échographie est un cas à part. Elle est sans danger par contre son usage abusif détecte de minimes lésions anatomiques et conduit parfois à une cascade d'autres examens et à une intervention chirurgicale (petits nodules thyroïdiens).

Le parcours de soins du malade court-circuite la logique des prises en charge. Ainsi pour les syndromes du canal carpien, la difficulté d'avoir l'avis d'un rhumatologue, un électromyogramme, fait sauter l'étape indispensable d'un traitement médical et mène directement au chirurgien.

L'oncologie accumule les risques de dérive, tant au plan du diagnostic (recherche en fin de parcours du nombre de métastases) que du traitement (choix en quatrième ligne d'une chimiothérapie coûteuse et parfois contrai-

gnante pour un gain de quelques semaines seulement de survie). Ceci se rapproche de l'acharnement thérapeutique de la fin de vie où la volonté profonde des malades n'est pas toujours prise en compte.

Les mécanismes pervers

La diffusion de l'information disponible sur Internet, listant les propositions sans les hiérarchiser, donne une fausse impression de savoir. Ceci ne fera que croître.

La pression déontologique oblige le médecin à ne rien cacher dans son discours et dès que l'évocation du mot cancer est faite, on ne peut plus rien arrêter.

Le système de prise en charge des urgences est très bien organisé mais surévalué dans les moyens mis en œuvre (l'hélicoptère en plaine).

Le plus pervers des mécanismes est l'enchaînement des étapes. Une hésitation devant les résultats du premier examen entraîne une série d'autres. Il est très difficile de bloquer cette succession. Il est rare de trouver l'autorité suffisante pour mettre un terme à cette progression. Mais il n'y a pas de médecine sans risque, ce qui est évidemment plus difficile pour un jeune diplômé que pour un mandarin bardé de diplômes.

Les causes

Du côté de la population, on est en présence d'une demande de rapidité et d'une exigence de précision qui ne cadre pas bien avec les problèmes médicaux. Le choix des examens dépend des résultats d'un examen préalable. « *Vitesse et précipitation ne font pas bon ménage* », ce qui entraîne une cascade d'actes médicaux et chirurgicaux inutiles.

L'autre aspect est celui de l'exigence du public : « *j'ai payé, j'y ai droit* », donc la confiance envers les professionnels est amoindrie par la pseudo-connaissance de la médecine conférée au public par Internet et par le goût immodéré de celui-ci pour la magie du chiffre et de l'image.

Enfin, la mentalité générale est que tout est possible et que la mort n'est plus considérée comme l'évolution inéluctable, ce qui conduit à un acharnement thérapeutique, souvent cruel pour le patient.

Reste le problème de l'argent. Public et privé vivent sous la même pression. Ce n'est pas un équilibre financier mais une exigence des autorités d'avoir des quotas remplis (T 2 A). De toute façon, les techniques sont privilégiées *versus* les actes intellectuels.

Mais, la principale source de dérive se situe au cours des stages hospitaliers. Il est main-

tenant difficile de trouver réunis le malade (qui est souvent en examen à l'extérieur), le senior (qui subit la chronophagie des commissions) et l'étudiant (qui est déphasé dans l'équipe). Là encore l'informatique, si utile pour avoir en temps réel tous les résultats, se substitue ou limite quelquefois le dialogue médecin-malade. Comme le disait de Vernejoul « *La médecine se résume à la rencontre d'une conscience et d'une confiance* ». C'est dans ce compagnonnage que se construisent les réflexes du futur médecin, en voyant les hésitations du senior devant le recours à des examens pointus mais peut-être superflus, le choix de thérapeutiques à la mode, qui peuvent être brillantes mais dangereuses, la décision de prolonger ou non le traitement chez un malade à bout de course.

Enfin, le *cursus* d'enseignement est divisé en spécialités successives, validées au bout de trois mois et jamais reprises avant l'examen classant. On a oublié la valeur pédagogique de l'itération. En un mot, ils n'apprennent pas la médecine mais à réussir un examen sous la tutelle d'officines non universitaires.

Tout ceci c'est la matière vivante de la médecine et elle ne s'apprend pas à l'amphithéâtre. J'ajoute que l'évaluation de la totalité du *cursus* est jalonnée de contrôles non rédactionnels et surtout presque jamais oraux. Comment, dans ces conditions, aller plus loin dans le jugement d'un étudiant qui va, au cours de ses consultations, appliquer les principes de Vernejoul.

Reste enfin le principe de précaution et le risque de judiciarisation. Cela impressionne beaucoup les jeunes médecins mais, en fait, les assurances qui modulent le montant des primes en conséquence assurent que rares sont les condamnations pour n'avoir pas fait un examen.

Les conséquences

Les conséquences immédiates sont financières.

Les évaluations sommaires chiffrent à 10 % ce type de surcoût, mais c'est surtout la transformation d'une médecine humaniste en un travail d'ingénieur que l'on constate. Il faut noter que, quantitativement, c'est probablement davantage l'accumulation des petites dérives répétitives sur le long terme que l'excès d'actes médicaux qui sont en cause.

Mais, plus encore l'évolution de l'esprit médical perd ainsi son côté humaniste. Cela sera progressif car les étudiants d'aujourd'hui, mal formés, seront les maîtres de demain et leurs lacunes s'additionneront tandis que les conséquences néfastes se multiplieront.

Le temps est relativement court pour rompre ce cercle vicieux. Il faut impérativement repenser globalement le schéma de la formation médicale et en priorité édicter les règles d'une bonne formation clinique et la manière de l'évaluer. Cela conditionne à très long terme le retour à la qualité de la médecine française. Ce n'est pas être rétrograde que de s'efforcer de garder les valeurs en les adaptant aux progrès naturels des techniques.

Conclusion

Tout ceci est connu (tout le monde le sait), mais il n'y a pas de débat, donc pas de contre-arguments, et malheureusement accepté (peu nombreux sont ceux qui réagissent). Toutes les prises de position sont négligées par les autorités responsables de l'enseignement et celles en charge de la santé. Toutes les alertes tombent dans le silence le plus total. Il y a peu j'ai emprunté, peut-être prétentieusement, la plume de Zola : « J'accuse » (Quotidien du médecin, jeudi 5 juin 2014 n° 9332) sans aucune réaction des autorités concernées aujourd'hui. Je conclurai sous le patronage des Princes d'Orange : « *Il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer* ». 📌