

# Résister, c'est le devoir de penser !

**Quand les comptables et les énarques entendent soumettre la santé publique à la performance, une critique s'impose.**

**Philippe Nicot, Ce qui m'indigne**

médecin généraliste\*

Un nouveau paradigme s'est installé, l'injonction permanente à appliquer toutes sortes de recommandations, de protocoles, d'atteinte de divers indicateurs. Mais peut-être s'agit-il seulement d'incantations. Cette nouvelle quête de la sainte performance professionnelle nous vient d'autorités toujours plus hautes, sous le prétexte de la qualité ou de l'équité. Elle est assaisonnée de menaces, parfois même de « menaces » de récompense financière, des bâtons déguisés en carottes. Menaces de la perte de notre libre arbitre et de celui de nos patients. Le corpus de ce nouveau paradigme se caractérise par la possibilité pour les praticiens de ne plus penser, il s'agit simplement d'appliquer.

Pour illustration, je prends l'exemple du dépistage du cancer du sein dans l'avenant n° 23 du 3 mai 2007 de la convention médicale. Celui-ci précise de

nouvelles obligations et de nouvelles méthodes qui font entrer la relation médecin-malade dans un nouveau paradigme. Le médecin y devient un contrôleur. Ainsi « il vérifie son inclusion dans le dépistage organisé et s'assure de l'observance... ». Il devient également un coach. En effet, ses

**« Médecins traitants et leurs patientes pris au piège ! »**

patientes non observantes peuvent lui être dénoncées par l'Assurance maladie « ... L'Assurance maladie fournira au médecin traitant les outils facilitant le repérage des patientes concernées... », charge à lui de les « inciter à y participer ». C'est un penser moins pour agir plus ! Nouvelles méthodes de santé publique : soumettre à un dépistage individuel les récalcitrantes à un programme organisé et faire argument d'autorité en utilisant des données imprécises. L'argumentaire scientifique développé par l'avenant 23 concernant le bienfait supposé de ce dépistage généralisé est de plus en plus controversé. Les bénéfices attendus en termes de réduction de mortalité ont été largement revus à la baisse, mais surtout les effets pervers sont passés sous silence. Et pourtant, le surdiagnostic et le sur-traitement sont au cœur des débats scienti-

fiques actuels. Le nombre de diagnostics augmente de manière exponentielle tandis que la mortalité est parfaitement stable.

Les médecins traitants et leurs patientes sont donc pris au piège ! La médecine clinique a la particularité de s'exercer dans l'incertitude. Notre déontologie, inscrite au Code de santé publique, l'a stabilisé par plusieurs piliers. Les principaux en sont : l'utilisation des données acquises de la science et une relation de confiance instaurée par une information loyale qui permet un consentement éclairé.

A ces deux premiers piliers s'ajoute l'intégration à notre exercice d'une évaluation de nos pratiques. Dans l'exemple du dépistage du cancer du sein, la pensée est supprimée. Mettre en œuvre les données acquises de la science et transmettre une information loyale sont devenus les nouveaux vecteurs d'une insécurité sociale. Seule compte la soumission à une autorité. Au bout, il y a une quête à atteindre : le bien-être en guettant toutes les maladies que nous risquons d'attraper !

Alors oui cela m'indigne.

**Ce que j'expérimente et je propose**

La contrainte de la Direction Générale de la Santé de « tamifluser » tous les rhumes en décembre 2009 a représenté pour moi un tournant majeur. D'un seul coup, les échanges avec mes collègues du GROG limousin s'enflammèrent. Miracle, le Formindep<sup>1</sup> nous proposa une action similaire à la nôtre, au succès immédiat.

Plus tard, un petit groupe d'entre nous constitua le collectif « Voix médicales »<sup>2</sup> où, depuis, nous expérimentons diverses voix pour la reconquête de notre liberté. Des discussions nous firent prendre conscience des opportunités que nous avions à nous opposer. C'est suite aux injonctions des « alzheimerologues » pour être le porte-plume de leurs prescriptions d'anticholinestériques qu'est né mon éditorial<sup>3</sup>. Au départ, ce n'est qu'une lettre. Elle questionne sur l'absence de bénéfices réels de ces médicaments en même temps que sur leurs dangers potentiels. Les

§Santé publique

§Prévention

§Protocole

§Pratique médicale

Lien d'intérêt :

\* mon épouse est médecin conseil de base à la CNAMTS. J'ai été jusqu'en 2009 chargé de mission à la HAS.

retours font état que cet article a atteint sa cible, que ce soit auprès des médecins généralistes ou du grand public et notamment des familles de patients. Les médecins généralistes l'utilisent pour refuser des prescriptions inutiles et dangereuses, à la fois en outil de dialogue avec leurs correspondants et pour s'en expliquer avec leurs patients et leurs familles. Les familles de patients nous disent y trouver des informations utiles. Un médecin d'un Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées dépendantes (EHPAD) nous explique lui comment le budget de son EHPAD est conditionné par la contrainte du médecin conseil à la prescription d'un antialzheimer <sup>4</sup>. Résister c'est donc oser parler.

Ces exemples montrent l'impérative nécessité pour les praticiens de terrain à refuser la facilité. Cela a un prix, car c'est sur le temps de repos le soir, les week-ends qu'il faut s'investir dans ces actions. Cela est rendu possible par un exercice collaboratif comme notre collectif « Voix médicales » l'expérimente.

### Ce que je veux développer et partager

« Voix médicales » lance une nouvelle révolte contre la simplification administrative <sup>5</sup>. En cause : les tampons HAS (Haute Autorité de Santé) sur les protocoles ALD (Affection de Longue Durée). Afin de faciliter le travail des praticiens de terrain, et de rendre équitable et de qualité optimale la prise en charge des patients en ALD, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a lancé l'idée de s'appuyer sur des guides estampillés HAS. Mieux même, le praticien peut se contenter d'écrire la formule sacrée « Selon recommandation de la HAS ». Pour certains récalcitrants, c'est le service médical qui le met à la place du médecin. Le message est clair : pas besoin de réfléchir, appliquez !

Sauf que... la préparation d'un cours à des internes m'a offert l'opportunité d'étudier plus en profondeur le guide ALD du diabète de type 2 <sup>6</sup>. Ce guide s'appuie sur des recommandations obsolètes (plus de quatre ans), et controversées (recours en Conseil d'Etat du Formindep). Et alors que des données récentes invalident des points majeurs de ces recommandations, sur les objectifs glycémiques, de pression artérielle, de co-prescription, la HAS préfère actualiser la liste de ces prestations rem-

boursées que d'actualiser les recommandations pourtant censées être le support scientifique solide. De fait, la HAS enlève du Guide ALD des médicaments retirés du commerce, mais elle en ajoute d'autres qui ne vont pas tarder à l'être.

A la suite de mon article, en guise de réponse, la HAS met en ligne « une note de cadrage » <sup>7</sup> qui me confirme dans l'idée que depuis 2009, la HAS a connaissance de ces études qui changent les recommandations, mais qu'en deux ans, elle n'a pu réunir qu'une fois la moitié de son comité d'organisation, et qu'une nouvelle recommandation n'est prévue que pour dans deux ans. Quatre ans pour actualiser quelques études scientifiques, voilà le challenge insurmontable que cette institution va relever. Gageons que les conclusions ne devraient différer ni de celles de *Prescrire*, ni des miennes.

Des petits groupes de pairs doivent s'investir dans ce travail d'analyse fine de ces documents estampillés officiels, puis de publication et de diffusion de leur analyse, et ainsi bousculer l'ordre établi. Car au-delà de ces analyses, il y a la prise en main politique de notre outil professionnel qui fait qu'exercer chaque matin, c'est être certifié « médecin de terrain et rebelle ». Bref résister, c'est le devoir de penser. ■

1. Lettre ouverte – pétition à Didier Houssin, Directeur Général de la Santé. 16 décembre 2009. Sur : [www.formindep.org/spip.php?article363](http://www.formindep.org/spip.php?article363)
2. Sous la houlette de Nathalie Péronnet-Salaün, Pierre Gayraud et Alain Wasniewski, Voix médicales ; Le blog de l'expertise médicale généraliste indépendante. Sur : [www.voixmedicales.fr/](http://www.voixmedicales.fr/)
3. Nicot P., « Anticholinestérasiques : le généraliste peut-il dire non ? », *Médecine*, 2010. 6(8) :344-6. Sur : [www.john-libbey-eurotext.fr/e-docs/00/04/5E/E6/article.phtml](http://www.john-libbey-eurotext.fr/e-docs/00/04/5E/E6/article.phtml)
4. Buchon D. « A propos de l'éditorial "Anticholinestérasiques : le généraliste peut-il dire non ?" ». *Médecine* 2011 ; 7(1) : 46.
5. Péronnet-Salaün N., « Pas de simplification administrative », Blog Voix médicales. 2010. Sur : [www.voixmedicales.fr/?p=541](http://www.voixmedicales.fr/?p=541)
6. Nicot P., « Le guide affection longue durée de la HAS sur le diabète. Ne pas suivre le guide ». Sur : [www.formindep.org/Le-guide-Affection-Longue-Duree-de.html](http://www.formindep.org/Le-guide-Affection-Longue-Duree-de.html)
7. HAS. « Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 ; Note de cadrage ». Sur : [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1022476/strategie-medicamenteuse-du-controle-glycemique-du-diabete-de-type-2-note-de-cadrage](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1022476/strategie-medicamenteuse-du-controle-glycemique-du-diabete-de-type-2-note-de-cadrage)

« Des recommandations obsolètes et controversées. »