



Paris, le 2 octobre 2012

Présentation des Notes d'analyse sur l'évolution des pratiques médicales

« Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement
pour les médecines non conventionnelles ? »

« Médecine prédictive : les balbutiements d'un concept
aux enjeux considérables »

« Recommandations médicales : un outil pertinent
pour faire évoluer les pratiques des professionnels de santé ? »

Mardi 2 octobre 2012

Intervention de Vincent Chriqui,
Directeur général du Centre d'analyse stratégique

Seul le prononcé fait foi

Quelles évolutions de la pratique médicale dans les années à venir ?

Après s'être intéressé en 2011 aux coopérations entre professionnels de santé et à l'essor de la télésanté, cette année, les travaux du Centre d'analyse stratégique mettent en exergue deux grandes tendances d'évolution de la pratique médicale :

– premièrement, on note **un enrichissement et une diversification progressive de la pratique médicale** avec :

- l'émergence du concept de médecine prédictive,
- et l'engouement croissant pour les médecines non conventionnelles

– deuxièmement, on constate **une élévation des exigences** envers les professionnels de santé, reposant sur une multiplication des recommandations de bonnes pratiques.

Je vous présenterai successivement les conclusions du Centre d'analyse stratégique sur ces trois sujets, et répondrai à vos questions à la fin des présentations.

1. Commençons par aborder la question de l'engouement suscité par les médecines non conventionnelles

Bien que les médecines non conventionnelles soient peu validées par la science ou la communauté médicale, les **usagers des systèmes de santé des pays développés se tournent de façon croissante vers ces pratiques** (comme la médecine traditionnelle chinoise ou l'homéopathie). Environ 70 % des habitants de l'Union européenne y auraient eu recours au moins une fois dans leur vie, confrontés aux effets secondaires des traitements, au manque de temps des soignants ou à l'absence de remède efficace aux maux du quotidien.

Face aux risques et aux potentiels associés à l'augmentation conjointe de l'offre et de la demande en médecines non conventionnelles, **une action des pouvoirs publics semble nécessaire.**

Il conviendrait de **s'assurer de l'innocuité** de ces techniques et d'encadrer la pratique et la **formation des thérapeutes**. Au-delà, il s'agirait **d'organiser l'intégration de ces médecines au système de santé**, lorsqu'elles peuvent compléter la prise en charge des patients.

Le Centre d'analyse stratégique a fait une série de propositions en ce sens, en s'inspirant notamment de bonnes pratiques étrangères.

En l'absence de définition universelle, les médecines non conventionnelles sont souvent décrites par opposition à la médecine allopathique. L'Organisation mondiale de la santé parle de médecines traditionnelles et les pays anglo-saxons davantage de médecine complémentaire et alternative. En effet, les pratiques non conventionnelles peuvent être « complémentaires », lorsqu'elles s'ajoutent à un traitement conventionnel, ou « alternatives », lorsqu'elles s'y substituent. **En France on évoque notamment des médecines dites douces, naturelles ou parallèles.**

Ces pratiques font l'objet de **critiques concernant aussi bien leur innocuité, leur efficacité que leur efficience.**

Tout d'abord, ces médecines peuvent parfois donner lieu à des escroqueries voire, dans les cas extrêmes, à des **dérives sectaires et à la mise en danger des patients**, notamment en cas de substitution aux traitements conventionnels.

Par ailleurs, la communication concernant les médecines non conventionnelles est problématique. **L'information véhiculée, positive ou négative, est souvent teintée de croyances et d'idéologie.** Cela peut être problématique, d'autant que les usagers s'informent peu chez leur médecin mais davantage auprès de leur famille, de leurs connaissances et sur Internet.

D'un autre côté, les travaux déjà réalisés dans ce domaine montrent que **ce type de pratiques peut se révéler utile. Elles peuvent compléter la médecine allopathique**, la soutenir sur des points problématiques comme la prise en charge de la **douleur**, les **maladies chroniques**, mais aussi **encourager à des comportements plus sains.**

Les médecines non conventionnelles pourraient donc aider à **mieux prévenir et mieux guérir**, d'autant qu'elles entraînent peu d'effets iatrogènes. Forts de ces résultats, certains suggèrent même que les médecines non conventionnelles soient prises en charge par la couverture publique nationale.

Afin de **clarifier dès à présent la situation pour les usagers et les autorités**, il s'agit :

1. D'ouvrir une plateforme d'information recensant les connaissances actuelles sur les médecines non conventionnelles, les plantes médicinales et les praticiens du secteur.

2. De développer des études bénéfice-risque et coût-efficacité afin de décider de la pertinence :

- **d'interdire ou de dissuader le recours à certaines pratiques,**
- **de promouvoir certaines méthodes via les recommandations de la HAS,**
- **et, dans le cas où le rapport coût-efficacité serait favorable, d'envisager le remboursement des pratiques les plus efficaces.**

Au-delà des débats sur l'efficacité des médecines non conventionnelles, le **Centre d'analyse stratégique s'est aussi interrogé sur l'exercice concret de ces médecines et la manière d'en tirer les bénéfices.**

Il s'agit pour cela de mieux définir **la liste des personnes autorisées à exercer**, clarifier leur **formation** et veiller à organiser la compatibilité de ces pratiques avec la médecine conventionnelle au sein du système de santé.

En effet, les frontières sont floues et les professionnels utilisant ces techniques sont variés.

En France, dans le cadre de leur pratique, les professionnels de santé emploient parfois des techniques non conventionnelles. Concernant les médecins, l'Ordre reconnaît par exemple l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie et la mésothérapie. Toutefois, les médecins usant de méthodes non conventionnelles peuvent encourir des sanctions pour recours à des « méthodes insuffisamment éprouvées », contraires au Code de déontologie.

Mais d'autres acteurs proposent des médecines non conventionnelles, sans être professionnels de santé. Ces professionnels s'exposent à des poursuites pour exercice illégal de la médecine, du fait du monopole médical qui réserve l'établissement d'un diagnostic et

d'un traitement aux seuls médecins. Ils encourent ainsi des poursuites judiciaires mais sont rarement sanctionnés.

En outre, leurs **consultations sont parfois remboursées par les complémentaires santé**.

Face à ce décalage entre textes et réalité, la **France a déjà fait évoluer sa réglementation**. Des décrets pris en 2007 et 2011 ont ainsi créé les **titres d'ostéopathe et de chiropracteur**, accessibles entre autres à des praticiens ni médecins ni paramédicaux.

Mais la question de la régulation d'autres pratiques, comme la médecine chinoise, demeure posée.

Certains craignent en effet que **poser un cadre réglementaire** englobant d'autres pratiques ne légitime des professionnels et pratiques « folkloriques ». Néanmoins, cela permettrait d'opérer un **tri entre professionnels compétents et pseudo-thérapeutes** et d'édicter des **recommandations de bonnes pratiques**.

3. En France, pour poursuivre le travail de clarification des pratiques, et afin de permettre un choix éclairé aux patients, il serait intéressant d'établir un label de thérapeute en pratiques non conventionnelles dont l'obtention serait conditionnée à la réussite d'un examen clinique et juridique.

En parallèle, il serait aussi important de s'assurer de la bonne formation des professionnels en :

4. Labellisant les offres de formation en écoles privées destinées aux personnes désireuses de pratiquer des médecines non conventionnelles.

Par ailleurs, on constate que de **nombreux médecins et paramédicaux s'intéressent à ce types de pratiques**. En outre ces pratiques, comme l'hypnose et les points d'acupuncture par exemple, **se rependent dans les hôpitaux**. Or, les formations continues adéquates sont peu répandues. Il serait utile de réfléchir à l'ouverture de cursus adaptés au sein des universités pour les professionnels de santé intéressés et, a minima de

5. Proposer aux étudiants des filières médicales et paramédicales des modules facultatifs d'initiation aux médecines non conventionnelles pour qu'ils puissent informer les patients sur les avantages et risques éventuels.

Loin de remettre en cause l'importance des médecins, l'essor des médecines non-conventionnelles pourrait représenter une **opportunité pour l'enrichissement de leurs pratiques, comme le prouvent notamment les réflexions actuellement menées au sein de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris**.

Il est donc **dès à présent nécessaire de mieux encadrer et évaluer ces pratiques**. C'est seulement ainsi que les médecines non conventionnelles pourront contribuer à **diversifier l'offre sanitaire**, et notamment à l'enrichir sur son versant préventif.

2. J'en viens ainsi maintenant à une autre tendance qui pourrait elle aussi contribuer à revaloriser la prévention au sein de notre système de santé. Il s'agit de la médecine prédictive, que certains nomment médecine 4P pour médecine « Prédictive, Préventive, Personnalisée et Participative ».

Les promesses de la médecine prédictive suscitent autant d'espoirs que de craintes, et pourraient alimenter d'importants débats en matière de santé publique et de bioéthique dans les années à venir.

La médecine prédictive a pour objectif de **déterminer chez chacun des sensibilités aux médicaments et des prédispositions biologiques à certaines maladies afin d'en retarder, voire d'en éviter, la survenue**. Ce concept a d'ores et déjà trouvé quelques débouchés concrets :

– en France, la Haute Autorité de santé recommande de procéder à un test génétique avant la prise d'abacavir, un anti-HIV. Ce test a pour but de ne pas administrer ce produit aux personnes porteuses d'une forme d'un gène qui prédispose à de graves effets secondaires en cas de prise.

– deuxième exemple, au Canada, un individu peut savoir s'il a un surplus de risque de développer une dégénérescence maculaire liée à l'âge grâce à un simple prélèvement salivaire. Il peut ainsi bénéficier d'une surveillance ophtalmologique et peut être incité à modifier son mode de vie afin de ne pas développer cette maladie.

Les progrès accomplis en matière de séquençage génomique laissent espérer une démultiplication de telles applications cliniques. Cependant, force est de constater qu'**aujourd'hui la médecine prédictive est plus un concept qu'une réalité**.

Au-delà des quelques exemples que je vous ai cités, les **applications demeurent extrêmement limitées** et beaucoup reste à entreprendre avant que la médecine prédictive ne conduise à des prises en charge préventives et thérapeutiques plus personnalisées.

Certains pensent même que cette quête est illusoire et que ce type de médecine ne deviendra jamais une réalité.

Ceci n'empêche pourtant pas la **multiplication des tests génétiques sur Internet**. Pour ne citer qu'une des offres disponibles, la firme *23andMe* commercialise pour un peu plus de 200 dollars un kit de prélèvement salivaire qui permettrait de connaître sa susceptibilité à développer plus de 150 maladies. Proposé directement au public sans l'intervention de médecins, ce test inclut la mise à jour de son profil pendant une année, au gré des nouvelles découvertes.

Quelle est la fiabilité de ces tests ? La communauté scientifique est pour le moins dubitative. Si ces tests s'appuient sur des études validées par de grandes revues internationales, **leur interprétation poussive** pose problème. D'un part le fait que l'annonce ne soit pas réalisée par un professionnel de santé à même d'expliquer le surplus de risque peut conduire à des **angoisses injustifiées**. D'autre part, les calculs de **risque effectués sont douteux**, d'autant que les connaissances du génome humain sont encore parcellaires.

Malgré ces précautions, la **puissance publique doit s'emparer de la question de la médecine prédictive dès à présent pour en anticiper les potentielles conséquences sanitaires et sociétales**. C'est pourquoi le Centre d'analyse stratégique a élaboré des scénarii en partant de l'hypothèse que les connaissances pourraient venir à progresser afin de **dessiner une voie qui permettrait de bénéficier des progrès scientifiques tout en prévenant les dérives potentielles**.

Quatre types d'utilisations ont été envisagés. À savoir :

- à des fins de prévention
- à des fins de régulation par l'assurance maladie
- à des fins de discrimination par les employeurs et assureurs
- et enfin à des fins d'évitement des risques pour sa descendance.

A – La médecine prédictive se voudrait avant tout médecine préventive

L'idée fondamentale de la médecine prédictive est **d'intervenir au plus tôt en donnant une information d'un nouveau type car individualisée en fonction de son patrimoine génétique**. L'utilisateur serait alors plus concerné et plus incité à **modifier son comportement** pour éviter autant que possible la survenue d'une maladie à laquelle il serait prédisposé génétiquement. Par exemple, on peut faire l'hypothèse que dès lors qu'une personne se sait particulièrement à risque de développer un cancer du poumon elle est plus encline à arrêter de fumer.

Cependant, il convient de nuancer ce propos.

- Premièrement, **calcul de risque et passage à l'action ne sont pas forcément liés**.
- Deuxièmement, on peut s'interroger sur **les potentiels effets anxiogènes** d'annonces perçues comme des certitudes avec l'apposition du sceau de la génétique.
- Troisièmement, des **effets pervers** pourraient émerger : ainsi, on peut redouter l'apparition d'un certain fatalisme, ou au contraire d'un sentiment de protection face à certaines maladies. Va-t-on voir celui qui a moins de risque de développer un cancer du poumon fumer davantage ?

À l'avenir, si l'on voulait bénéficier du potentiel préventif de la médecine prédictive alors il faudrait nécessairement qu'elle se déroule dans un **cadre strictement médical** avec un **effort de pédagogie** important auprès de l'utilisateur.

Le cœur même du métier du médecin pourrait ainsi être amené à évoluer passant de **diagnostics suivis de traitements curatifs** à des **calculs de probabilités de survenue de maladies suivies par des stratégies de prévention individualisées**.

B – Nous nous sommes ensuite interrogés sur les conséquences potentielles que pourrait avoir la médecine prédictive sur le système solidaire d'assurance maladie tel que nous le connaissons aujourd'hui.

Le rôle même de l'assureur public pourrait en effet évoluer. Il pourrait contribuer à l'amélioration de la santé de la population par la délivrance de **services d'accompagnement et de coaching personnalisés**.

L'assurance maladie pourrait aussi être tentée d'utiliser la médecine prédictive pour **maîtriser les dépenses en responsabilisant davantage l'utilisateur**. Si ce scénario ne nous apparaît pas souhaitable, on peut imaginer que certains veuillent moduler la part de la prise en charge couverte par le système solidaire d'assurance sociale en fonction des comportements individuels, soit vertueux, soit à risque. Il ne faudrait pas que la responsabilité individuelle

éclipse les responsabilités collectives en matière de santé publique, tant au niveau de l'information que de la couverture de chacun.

C – Au-delà de l'assureur public, des acteurs privés tels que les assureurs et employeurs pourraient être intéressés par les données résultant de la médecine prédictive.

En effet, la médecine prédictive pourrait être détournée de sa fonction sanitaire :

– D'une part, les assureurs pourraient vouloir procéder à une **sélection génétique des assurés**. Ces informations nouvelles seraient susceptibles de diminuer l'assurabilité des uns et de réduire les primes des autres.

– D'autre part, les employeurs pourraient aussi être intéressés par la détermination de risques de santé afin d'introduire une **sélection à l'embauche ou de gérer leurs ressources humaines**.

Aujourd'hui le cadre législatif français empêche ces deux dérives, mais l'émergence de la médecine prédictive ne pourrait-elle pas remettre en cause cette réglementation ?

D – Enfin, certains pourraient vouloir utiliser la médecine prédictive pour sélectionner leur descendance.

En effet, une société imprégnée par le principe de précaution pourrait être tentée d'utiliser la médecine prédictive comme **médecine de l'évitement, passant de la prédiction à la sélection**.

Si certains pensent que ce n'est que de la science-fiction à l'image du scénario du film *Bienvenue à Gattaca*, il faut bien entendre que l'on a **déjà la possibilité scientifique et légale** de choisir un embryon non porteur d'une maladie grave. On pourrait alors très bien imaginer que cette possibilité soit étendue à d'autres maladies moins graves voire à des simples risques. Les avancées scientifiques rapides nous offrent la possibilité de détecter des maladies ou des risques de plus en plus tôt. Ainsi, certains pays, comme la Suisse ou l'Allemagne, ont autorisé cette année la mise sur le marché d'un test sanguin permettant de diagnostiquer la trisomie 21 dès la dixième semaine.

Au vu de l'influence des normes sociétales sur les décisions individuelles, la frontière entre arbitrage privé et eugénisme semble fine.

Cette note n'émet donc pas de propositions précises, tant le futur scientifique de la médecine prédictive est encore incertain. Cette note, à l'aune des différents scénarii qu'elle dresse, appelle à la plus grande prudence. En cas d'amélioration des connaissances en matière de prédiction génétique des risques, il apparaît indispensable de **veiller à une stricte régulation** pour assurer :

- la préservation du principe de solidarité sur lequel repose l'assurance maladie,
- la non-sélection de la descendance,
- et l'accès de tous aux assurances et emprunts bancaires.

3. Après avoir traité de l'élargissement du champ des pratiques médicales, j'en viens maintenant à l'analyse d'outils susceptibles d'améliorer la qualité des pratiques : les recommandations médicales, qui font l'objet de la dernière note que je vous présenterai aujourd'hui.

Ces recommandations médicales sont des documents écrits destinés à aider le praticien, voire le patient, à choisir la prise en charge la plus appropriée en fonction d'une situation clinique donnée. Elles sont donc un **outil d'aide à la décision**, mais jouent également un rôle d'**encadrement des pratiques professionnelles**, et cela afin de réduire l'hétérogénéité des pratiques observées.

L'objectif de cette troisième note est justement de voir dans quelle mesure et à quelles conditions cet outil peut être pertinent pour faire évoluer les pratiques des professionnels de santé.

Aujourd'hui, on dispose de nombreuses recommandations qui sont, depuis 2006, essentiellement élaborées par la Haute autorité de santé (HAS) (on comptabilise environ 160 documents de référence, incluant les recommandations de bonne pratique proprement dites et les guides destinés aux patients atteints d'affection de longue durée). La qualité scientifique de ces recommandations est aujourd'hui largement reconnue et soulignée.

Néanmoins, on constate des **écarts nombreux et parfois importants entre les recommandations édictées et les pratiques** réellement observées.

Ces recommandations restent en effet inégalement mobilisées par les médecins : on constate en particulier que, parmi les médecins généralistes, nombreux sont ceux qui considèrent l'outil comme utile à la pratique et comme une aide à la décision. D'autres, au contraire, se montrent plus réticents, pour diverses raisons.

Des praticiens contestent par exemple la **légitimité** de certaines recommandations aux vues des experts qui ont participé à leur élaboration (à la fois pour des raisons d'éventuels conflits d'intérêt et de représentation des différents groupes professionnels).

Concernant cette première critique, il faut souligner que **la HAS a largement œuvré ces dernières années pour limiter les risques de conflits d'intérêt et également pour diversifier les experts** auxquels elle fait appel, notamment en intégrant davantage des médecins généralistes ou des experts en sciences humaines au sein des groupes de travail. Pour autant, il nous semble que **ces efforts doivent être poursuivis pour renforcer la légitimité de ces experts à prendre la parole** au sein des groupes. En particulier, et c'est l'objet de notre première proposition, il serait par exemple pertinent :

- **d'adopter le principe d'une coprésidence du groupe assurée par un médecin généraliste**
- **et d'explicitier les choix relatifs à la composition des groupes dans le texte même des recommandations (en complément de la liste d'experts déjà existante)**

Une seconde critique majeure adressée aux recommandations tient à leur **décalage avec la pratique quotidienne des médecins généralistes**, qui sont amenés à prendre en charge des patients souffrant de plusieurs pathologies simultanément, tandis que les référentiels portent sur une pathologie donnée, dans un délai court qui est celui de la consultation. D'autres acteurs, comme l'assurance maladie, souhaiteraient que ces référentiels proposent une hiérarchisation des prises en charge non seulement du point de vue sanitaire, mais également d'un point de vue du **coût des prises en charge**.

Là encore, les recommandations de la HAS ont évolué ces dernières années : des formats plus faciles à mobiliser rapidement sont proposés, des recommandations intégrant une approche plus transversale en termes de parcours de soins sont également produites depuis cette année, ce qui devrait être plus utile à l'utilisateur.

Cependant, **afin que les recommandations soient davantage mobilisées** et suivies par les professionnels de santé, **il conviendrait de repenser les objectifs des recommandations, ainsi que leurs modes de diffusion et leur articulation avec d'autres dispositifs organisationnels.**

D'une part, il est nécessaire que leur contenu évolue de manière à concilier davantage les objectifs des différents acteurs (professionnels de santé, assurance maladie et usagers). Il conviendrait ainsi de **faire évoluer la nature des recommandations afin de mieux concilier rigueur scientifique et simplicité d'utilisation** pour les professionnels.

2. Notre seconde proposition porte sur **l'adoption d'un format de recommandations en 2 volets distincts** avec

- **un premier volet qui serait un « état de l'art » scientifique et qui correspondrait au format actuel des recommandations ;**
- **un second volet qui serait « interactif » et qui regrouperait des informations actualisées, des données médico-économiques et qui permettrait, grâce à un accès réservé aux professionnels, de recueillir leurs remarques.**

D'autre part, il semble pertinent de mieux articuler ces recommandations à différents dispositifs qui inciteraient les professionnels à les suivre. Ces incitations peuvent être multiples, nous retiendrons 4 leviers majeurs :

– Un premier levier est celui de la **formation des professionnels de santé**. Grâce à la formation initiale, les jeunes médecins mobilisent plus spontanément ces recommandations dans leur cadre d'exercice. La formation continue pourrait sans nul doute contribuer davantage à la diffusion de ces référentiels. Ces derniers pourraient être soumis à la discussion au sein de groupes de réflexion sur les pratiques, on pense notamment aux groupes de pairs.

– Plus largement, certains exemples étrangers, notamment le cas des Pays-Bas, nous montrent qu'**un cadre d'exercice collectif pour les médecins s'accompagne d'un meilleur suivi des recommandations**. (Je vous renvoie pour cela à la note sur les coopérations, publiée en décembre dernier qui proposait des pistes pour aller dans le sens d'un exercice plus collectif en médecine de ville).

– Un autre levier important est celui de la **rémunération**. **La récente mise en place de la rémunération à la performance est très intéressante** de ce point de vue. Elle peut contribuer à inciter les médecins à suivre les recommandations, à travers des indicateurs pertinents. Elle peut offrir également aux médecins un meilleur retour sur leurs propres pratiques, ce qui peut les amener à les faire évoluer.

– Un dernier levier d'action qui nous semble vraiment majeur est celui des **logiciels informatiques**. **L'intégration des principales recommandations dans un logiciel métier**, a minima sous la forme de rappel automatique, serait, selon de nombreuses études, un moyen très efficace pour inciter les professionnels à suivre les recommandations, à moindre coût pour eux. **On va déjà dans ce sens**, avec l'intégration dans ces logiciels des indicateurs de performance **suite à la convention médicale signée en 2011**.

Alors que les logiciels d'aide à la prescription sont désormais soumis à l'obligation de certification, il pourrait être pertinent de conditionner l'obtention de la certification à

l'intégration des principales recommandations liées aux médicaments dans l'outil informatique. C'est notre troisième proposition.

C'est bien la **combinaison de ces différents leviers d'action** qui devrait conduire les professionnels à suivre davantage les recommandations. **Cela suppose**, encore une fois et au préalable **que la recommandation en tant que telle parvienne à mieux concilier des exigences parfois divergentes entre différents acteurs.** C'est à ces conditions que la recommandation pourrait **devenir un réel vecteur de changement des pratiques des professionnels.**

Pour conclure, on voit bien, à travers ces trois notes d'analyse, que **ces différentes tendances conduiront à faire évoluer les pratiques médicales et le « métier de médecin » au quotidien.**

Afin de mieux répondre aux aspirations et aux exigences de qualité des usagers, il devra **travailler davantage avec d'autres professionnels de santé, s'appuyer sur des référentiels partagés et faire davantage de prévention.**

• **Contact Presse**

Centre d'analyse stratégique

Jean-Michel Roullé

Responsable de la communication

Tél. : +33 (0) 1 42 75 61 37

jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr