



19^e CONGRÈS NATIONAL 2019

CNGE Collège Académique

Exercer et enseigner la médecine générale

27 - 29
NOVEMBRE
2019

La cité des congrès de

NANTES

Congrès CNGE 2019

Sommaire

Grande plénière : Haute autorité de santé et médecine générale	2
D ^r Paul FRAPPÉ, Président du Collège de la médecine générale	2
I) Le Collège de la médecine générale, pour quoi ?	2
II) Les missions	2
III) Le Collège de la médecine générale et la Haute Autorité de santé	3
1) Des recommandations : pour quoi faire ?	3
2) De vraies recommandations de médecine générale	3
3) Y a-t-il un MG dans l'avion ?	3
4) La prévention totale	4
5) Une recommandation utile	4
6) L'action du Collège de la médecine générale	4
D ^r Olivier SAINT-LARY, Président du Conseil scientifique du CNGE	4
Professeur Dominique LE GUDULEC, Présidente de la Haute Autorité de santé	8
I) L'avenir des recommandations	8
1) Le rôle de la HAS	8
2) Valeurs	9
3) RBP : méthode de travail de la Haute Autorité de santé	9
4) RBP : un long processus	12
5) Exemple : méthode d'élaboration de la recommandation Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours	12
6) Quelles modalités de travail possibles ?	12
Professeur Vincent RENARD, Président du CNGE	14
Questions et débat	14

Vendredi 29 novembre 2019, de 11H10 à 12H50

Modératrice :

Corinne Perdrix – CNGE Collège académique

Intervenants :



19^e CONGRÈS NATIONAL 2019

CNGE Collège Académique

Exercer et enseigner la médecine générale

27 - 29
NOVEMBRE
2019

La cité des congrès de

NANTES

Dr Paul Frappé - Président du Collège de la médecine générale

Professeur Dominique Le Gudulec - Présidente de la Haute Autorité de santé

Dr Olivier Saint-Lary - Président du Conseil scientifique du CNGE

Grande plénière : Haute Autorité de santé et médecine générale

Modératrice : Corinne PERDRIX – CNGE Collège académique

D^r Paul FRAPPÉ,
Président du Collège de la médecine générale

Madame la Présidente de la Haute Autorité de santé, Monsieur le Président du Collège national des généralistes enseignants, Monsieur le Président du Conseil scientifique du Collège national des généralistes enseignants, chers consœurs, chers confrères et chers amis, c'est un grand plaisir que d'intervenir dans ce magnifique congrès pour porter la voix du Conseil de la médecine générale dans les perspectives qui se construisent avec la Haute Autorité de santé et le Collège national des généralistes enseignants.

I) Le Collège de la médecine générale, pour quoi ?

Certains se demandent peut-être ce que vient faire le Collège national des généralistes enseignants ici, cette espèce de pachyderme – comme dans les machines de l'île – dont on ne cerne pas forcément bien les contours et qu'on se coltine régulièrement lors des événements de la discipline. On a déjà assez de structures en médecine générale, alors à quoi bon en avoir créé une de plus pour garnir le millefeuille ?

La réponse est dans la question. Nous sommes forts dans notre diversité, mais il nous est tout aussi indispensable de disposer d'une interface commune pour permettre un dialogue officiel de notre discipline avec les autres disciplines, les autres professions de santé et les institutions. C'est cette interface qui s'appelle le Collège de la médecine générale. Son seul objet est de fédérer toutes les structures qui font aujourd'hui la médecine générale en France, afin de représenter la diversité de notre discipline, d'en mobiliser les compétences et de promouvoir la qualité de notre exercice.

II) Les missions

En étant reconnue comme CNP (Conseil national professionnel) de la discipline, cette interface endosse les missions des CNP fixées au Journal officiel et s'en est ajouté quelques autres. Les missions du Collège portent ainsi aussi bien sur l'expertise, l'élaboration des référentiels et de recommandations, la formation initiale et continue, les autorisations d'exercice et les qualifications professionnelles, que sur les autorisations d'activité Sommeil ou de prescription d'audioprothèses – qui nous occupent bien aujourd'hui –, l'évaluation et la recherche, la mise en place de registres épidémiologiques, avec un projet en cours sur la thématique des pathologies liées à l'environnement, ou encore sur les aspects qualitatifs, éthiques et culturels de notre exercice.

Pour mener à bien ces missions, voici ce qu'il y a sous le capot de cette formidable machine qu'est le Collège de la médecine générale : 24 structures, alignées en 4 composantes – professionnelle, scientifique, académique, associative –, turbinant au sein de nombreux groupes de travail et évoluant sur différents circuits qu'elles tracent au sein de partenariats avec les institutions proches de notre discipline. L'une de ces institutions ne vous aura pas échappé. Je veux parler, bien sûr, de la Haute Autorité de santé.

III) Le Collège de la médecine générale et la Haute Autorité de santé

Que pouvons-nous donc bien faire, nous, humbles médecins généralistes débonnaires, anarchiques, voire rebelles, avec cette Haute Autorité de santé ? Eh bien, beaucoup de choses, comme en témoignent les 58 sollicitations auxquelles nous avons répondu en 2019. Les chantiers ouverts ne se résument pas aux recommandations. Nous travaillons aussi à la validation des protocoles de collaboration du type Article 51, aux méthodes permettant la réalisation des programmes de DPC, ou encore, au sein du projet EBM France, à la facilitation d'accès pour le praticien à l'information issue de recommandations de bonnes pratiques.

1) *Des recommandations : pour quoi faire ?*

Nous voilà donc aujourd'hui dans les starting-blocks – les cubes de démarrage – pour évoquer un projet d'élaboration de recommandation qui pourrait bien porter sur la prévention du risque cardiovasculaire. Une recommandation, pour quoi faire ? Il y en a déjà des tonnes, alors à quoi bon en créer une de plus pour garnir le millefeuille ? Les enquêtes ne manquent pas et s'acharnent à souligner notre incapacité à n'en appliquer ne serait-ce qu'une seule à la lettre.

2) *De vraies recommandations de médecine générale*

Pour expliquer cette incapacité, nos amis canadiens proposent de distinguer trois types de tâches professionnelles.

- Les tâches simples, qui s'apparentent au fait de suivre une recette. Ces recettes ont été testées pour assurer une reproduction facile. Elles ne nécessitent aucune expertise, même si le fait d'en avoir augmente les chances de succès. Elles produisent des résultats standardisés, les meilleures recettes donnant de bons résultats à chaque fois.
- Le deuxième type de tâches est constitué par les problèmes dits « compliqués », qui s'apparentent au fait d'envoyer une fusée sur la Lune. C'est le cœur de métier des spécialités de second recours. L'absence d'erreurs dans les équations est indispensable. Réussir l'envoi d'une fusée augmente la probabilité de réussir l'envoi suivant. Le succès nécessite un haut niveau d'expertise. Les fusées sont similaires dans leurs caractéristiques et il y a un haut degré de certitudes dans le résultat.
- Le dernier type de tâche est formé par les problèmes dits « complexes » qui pourraient s'apparenter au fait d'élever un enfant. Les équations ont ici une applicabilité limitée : élever un enfant amène de l'expérience, mais n'amène pas plus de certitudes de réussir pour le suivant. L'expertise peut contribuer, mais n'est ni nécessaire ni suffisante pour réussir. Chaque enfant étant unique et devant être compris comme un individu, le résultat est incertain.

C'est ainsi que les auteurs de cette classification symbolique expliquent comment une recommandation n'est pas une recette de cuisine et pourquoi les recommandations créées pour prendre en charge des problèmes compliqués, comme en rencontrent les autres spécialités, ne fonctionnent pas face aux problèmes complexes qui font le quotidien de la médecine générale.

3) *Y a-t-il un MG dans l'avion ?*

Une vraie représentation des médecins généralistes est indispensable dans les groupes de travail des recommandations de notre discipline. Il faut bousculer au passage un certain nombre d'idées reçues, répandues parfois même au sein des médecins généralistes.

- Les autres spécialistes connaîtraient bien les données de la science. Peut-être, mais l'interprétation qu'ils en font est affectée par leurs opinions et leur propre expérience, ce qui rend cette interprétation moins pertinente pour notre exercice.

- Les autres spécialistes ont une vraie connaissance des dernières innovations. Toutefois, ce sont alors souvent des leaders d'opinion, qui ont de gros liens d'intérêt avec l'industrie, vidant la crédibilité de leur discours.
- Les médecins généralistes font un travail de bas niveau, peu utile. Rappelons alors les travaux portés notamment par Barbara Starfield, qui ont montré que les populations avec une force plus élevée de soins primaires ont de meilleurs indicateurs de santé. Ils ont même mesuré que, dans une population de 10 000 habitants, la mortalité diminue de 3,5 pour tout médecin de famille supplémentaire et augmente de 1,5 pour tout médecin d'une autre spécialité supplémentaire.

(Applaudissements)

Enfin, quand 50 % des recommandations sont des opinions d'experts, ne devrait-on pas baser ces accords professionnels sur l'opinion des experts les plus concernés ?

4) *La prévention totale*

Pourquoi la prévention ? Elle constitue un pan consubstantiel à l'exercice de chaque médecin généraliste. Nous faisons de la prévention totale : prévention sur le plan biomédical – avec la prévention des cancers, le risque cardiovasculaire, les différents types de suivi –, mais aussi de la prévention sur le plan psychosocial avec les addictions, la socialisation ou autres, ou encore de la prévention sur le plan du mode de vie, du médicament et de l'autonomie.

Un graphique est projeté.

Pourquoi le cardiovasculaire ? Vous avez ici, toutes pathologies confondues, la morbidité attribuable à chacun des principaux facteurs de risque connus. Les pathologies cardiovasculaires, ici en bleu, sont largement au premier plan.

5) *Une recommandation utile*

Lançons-nous donc dans l'élaboration de ces recommandations. Frottons-nous aux difficultés pratiques de la prise en charge non médicamenteuse. Hiérarchisons ces interventions pour permettre, au cœur de la décision partagée, de prioriser, parmi tous les axes de prévention, ceux qui apportent le plus au patient et à sa santé.

6) *L'action du Collège de la médecine générale*

Le Collège de la médecine générale pèsera de tout son poids de pachyderme pour permettre la réussite de ce projet. Nous nous ferons fort de mutualiser les expertises de nos différentes structures avec, par exemple, les réflexions issues de travaux comme Choosing wisely ou du projet IRCV. Nous nous ferons fort de poursuivre notre travail d'interface avec les autres spécialités pour que le dialogue permette une compréhension mutuelle de nos enjeux et aboutisse à un vrai consensus. Nous nous ferons fort de permettre à tous les médecins généralistes français qui le souhaitent de déclarer leurs liens d'intérêts avec l'ouverture très prochaine du portail archimede.fr. Nous nous ferons fort, enfin, de traduire le résultat de cette recommandation dans le portail EBM France pour que chaque praticien accède facilement à l'information qui lui est utile.

Je vous remercie de votre attention.

D^r Olivier SAINT-LARY,
Président du Conseil scientifique du CNGE

Madame la Présidente de la Haute Autorité de santé, Monsieur le Président du Collège de médecine générale, Monsieur le Président du Collège national des généralistes enseignants, Mesdames et Messieurs les congressistes, chères consœurs, chers confrères, chers amis, je suis particulièrement heureux que nous puissions échanger au cours de cette

grande plénière sur l'avenir des recommandations, et plus particulièrement sur l'avenir de celles qui concernent la médecine générale et les soins de premier recours.

En préambule, puisqu'il s'agit d'une obligation légale dont je sais l'importance aux yeux de la Haute Autorité de santé, je me dois de vous déclarer mes liens d'intérêt – intérêts moraux, matériels ou financiers, directs ou indirects ainsi que les liens d'intérêts personnels ou de groupe – ainsi que le demande la Haute Autorité de santé dans son guide sur le sujet. Alors, je l'avoue, je suis médecin généraliste en exercice, également enseignant chercheur au sein de l'université Versailles Saint-Quentin en Yvelines et membre du bureau national du CNGE. Pour ce qui concerne plus spécifiquement mes liens d'intérêt avec l'industrie, j'espère que vous ne partagez pas l'adage qui voudrait qu'un expert sans conflit d'intérêts soit un expert sans intérêt, car vous risqueriez d'être particulièrement déçus. Je n'ai, sur ce plan, pas le moindre euro à déclarer.

(Applaudissements.)

Au-delà de l'aspect légal de cette déclaration, je voulais attirer votre attention sur le fait que les enseignants de médecine générale partagent tous une certaine vigilance quant aux conflits d'intérêts. Cette vigilance ne se veut en aucun cas manichéenne. Nous savons le rôle déterminant de l'industrie dans différents domaines, dont la recherche, mais cette vigilance se manifeste de manière très concrète, par exemple lors du passage des candidats à un poste de titulaire devant la sous-section CNU 5303. C'est, à ma connaissance, la seule sous-section à effectuer une vérification systématique des liens d'intérêt des impétrants et, le cas échéant, de les interroger sur la nature de ces liens. Je tenais à saluer ici la démarche de transparence engagée par la Haute Autorité de santé et à souligner la synergie qui existe entre nos institutions sur ce plan.

Ce préambule sur les liens d'intérêt étant terminé, je voudrais, Madame la Présidente, vous remercier. Vous remercier d'être la première Présidente de la Haute Autorité de santé à venir vous exprimer devant plus de 2 000 médecins généralistes ou futurs médecins généralistes lors du Congrès national des généralistes enseignants.

(Applaudissements.)

Cette grande première témoigne de l'intérêt que vous portez à notre discipline et augure de très belles perspectives d'avenir.

« Dans cet ancien monde, les généralistes étaient souvent perçus comme de simples exécutants du soin. »

Sénèque disait : « Le passé doit conseiller l'avenir ». Alors, pour mieux parler d'avenir, il nous faut avoir le courage d'analyser ensemble, objectivement et sans concession, le passé qui n'a pas toujours été un long fleuve tranquille. Je rappelle, par exemple, l'épisode des Références médicales opposables, les fameuses RMO, émises par l'ANAES, ancêtre de la Haute Autorité de santé, qui avaient pour objectif de contrôler les dépenses de santé et, en premier lieu, les médecins généralistes estimés responsables des prescriptions inadaptées. Le choix du bâton, plutôt que de la carotte, le non-respect des références médicales opposables pouvant aboutir à des sanctions financières. Les RMO se sont soldées par un cuisant échec et la tutelle aurait peut-être alors gagné à méditer ces quelques paroles du Mahatma Gandhi : « Tout ce que tu fais pour moi, sans moi, tu le fais contre moi. » Mais le changement se heurte parfois à des freins idéologiques et à des réticences historiques. Si la nécessité d'intégrer des généralistes dans le travail d'élaboration des recommandations a progressivement été acceptée, force est de constater que cette intégration s'est initialement faite à dose – oserais-je le dire ? – homéopathique, en respectant scrupuleusement le principe de dilution.

(Applaudissements.)

Était alors venu le temps du médecin généraliste alibi. Cette précieuse caution généraliste, conférée par la présence d'un confrère, dans l'un des groupes de travail, s'il n'était pas cantonné au seul rôle de relecteur, donnait alors l'illusion que notre profession était solidement représentée et associée à la démarche de construction des recommandations. Mais comment imaginer un instant infléchir seul une dynamique de groupe ? Comment méconnaître la pression de conformité, décrite depuis longtemps par les sociologues, qui rend extrêmement difficile pour une personne isolée de ne pas accepter les normes du groupe ? Comment oublier que la médecine générale était alors définie en creux : la médecine exercée par ceux qui n'étaient pas spécialistes ? Dans cet ancien monde, les généralistes étaient souvent perçus comme de simples exécutants du soin, contrairement aux spécialistes d'organes qui, eux, aux yeux de la tutelle, étaient les véritables dépositaires du savoir et de l'expertise. Cela traduisait finalement l'inexistence disciplinaire de la médecine générale.

Mais ça, c'était avant. Avant que les généralistes n'investissent le champ de la recherche et se forment avec la plus grande rigueur, comme en attestent les 82 thèses de science qu'ils ont soutenues, ou qu'ils sont sur le point de soutenir. Avant que cet investissement dans la recherche ne se traduise par des publications dans de grandes revues internationales, avec un réel impact sur l'organisation du système de santé et sur les stratégies de prise en charge des patients. Avant que le Conseil national des universités ne reconnaisse officiellement la médecine générale comme une discipline académique en lui conférant une sous-section : la 5303. Avant qu'un congrès académique ne réunisse plus de 2 000 enseignants, maîtres de stage et internes de médecine générale.

(Applaudissements.)

« Lorsque nous nous sommes rencontrés pour la première fois en juillet dernier [...] vous nous avez confié être à l'écoute de nos propositions. »

Madame la Présidente, le nouveau monde de la médecine générale est là, devant vous, et il est prêt à s'investir et à travailler avec la Haute Autorité de santé. Je le mentionnais en préambule : nous partageons la même vision et la même rigueur quant à l'indépendance scientifique. Nous avons également à cœur de promouvoir la décision partagée en santé, et ce n'est pas par hasard si la lecture de la plénière d'ouverture du congrès était consacrée à ce thème. Indépendance et rigueur scientifique, approche centrée patient et décision partagée constituent les fondations sur lesquelles nous pourrions édifier un avenir commun. Si je citais tout à l'heure les recommandations où les généralistes ne constituaient qu'un alibi, je sais également que la Haute Autorité de santé a su récemment parfois travailler véritablement avec des généralistes et elle a même pu – avec parcimonie, il est vrai – leur confier la présidence de quelques recommandations.

Lorsque nous nous sommes rencontrés pour la première fois en juillet dernier, en présence des Présidents du Collège de la médecine générale et du CNGE, vous nous avez fait part, Madame la Présidente, de votre volonté de renforcer les liens entre les médecins généralistes et la Haute Autorité de santé et vous nous avez confié être à l'écoute de nos propositions. Eh bien, il se trouve que nous avons une proposition à vous faire.

Plus d'un quart des consultations de la médecine générale concerne la prise en charge des patients à risque cardiovasculaire. En d'autres termes, cela représente en France plus de 80 millions de consultations par an. 80 millions de consultations, et pas une recommandation. Évidemment, vous me direz qu'il existe des recommandations, et vous aurez raison. Il existe des recommandations sur le diabète, sur le tabac, sur le cholestérol – non, pas sur le cholestérol, c'est un mauvais exemple – sur l'hypertension, et j'en passe.

Des recommandations existent, soit, mais elles sont systématiquement centrées sur une pathologie ou sur un facteur de risque. Nous ne soignons pas des hyperglycémies. Nous ne soignons pas des dyslipidémies. Nous ne soignons pas des hypertension. Nous soignons des patients. Des patients dans leur globalité qui, pour nombre d'entre eux, présentent plusieurs comorbidités. Nous devons les accompagner et les aider à prioriser leurs choix en matière de santé, car, oui, il leur faut prioriser.

L'accumulation des recommandations centrées sur une pathologie, outre le fait de parfois conduire à des messages incohérents lorsque les recommandations divergent, amène trop souvent à alourdir notablement le fardeau du traitement. Un travail, mené par le Département de médecine générale de Paris – Descartes, a ainsi montré qu'en moyenne, un patient présentant trois pathologies chroniques devait consacrer entre 50 et 70 heures par mois uniquement pour se traiter. Nous ne pouvons pas nous satisfaire de cette situation.

La Société européenne de cardiologie a bien tenté de synthétiser les données sur la prévention cardiovasculaire, mais, entre nous, nous ne pouvons pas non plus nous satisfaire de cette recommandation qui n'a pas su distinguer les préventions primaire, secondaire et tertiaire, et dont nous ne partageons pas les conclusions. Par ailleurs, indépendamment des limites intrinsèques de cette recommandation, l'échelle supranationale ne nous paraît pas, ici, pertinente. Les recommandations ne peuvent pas être désincarnées. Elles s'intègrent nécessairement dans un système de santé donné, comportant de multiples singularités, et elles doivent tenir compte des parcours de soin spécifiques à chaque pays.

« Nous avons l'envie de travailler ensemble, professionnels et universitaires, dans un esprit d'ouverture où nous aurons à cœur d'intégrer les patients et l'ensemble des acteurs de la prévention cardiovasculaire. »

Madame la Présidente, je vous ai remerciée tout à l'heure d'être la première Présidente de la Haute Autorité de santé à venir au congrès du CNGE. Je vous réitère mes remerciements, mais pour être tout à fait honnête, je dois vous avouer que vous n'êtes pas la première Présidente de la Haute Autorité de santé à venir à un congrès de médecine générale. D'autres s'y sont déjà aventurés. Si les discours de vos prédécesseurs nous ont confortés dans l'idée que nous étions définitivement, irrémédiablement, inexorablement les pivots du système de santé, nous avons parfois regretté que certains discours ne dépassent pas le stade de déclarations d'intention. À force de pivoter, on tourne parfois en rond.

(Applaudissements.)

Alors, pour que votre venue à Nantes marque véritablement un nouveau départ et augure un réel travail collaboratif où Haute Autorité de santé et médecins généralistes œuvreront ensemble dans l'intérêt des patients et du système de santé, nous vous proposons que la Haute Autorité de santé ajoute la question de la prévention cardiovasculaire à son calendrier, et que la coordination de cette recommandation soit confiée aux médecins généralistes.

(Applaudissements.)

Et ce n'est pas fini. Nous avons la légitimité professionnelle : 93 % des patients diabétiques de type 2 et 92 % des patients hypertendus sont suivis par un médecin généraliste, quand ils sont respectivement 20 % et 8 % à l'être par un diabétologue ou par un cardiologue. Nous avons désormais la légitimité académique. Nous avons une méthode à vous proposer : la méthode GRADE, développée par l'université de McMaster et aujourd'hui reconnue par l'Organisation mondiale de la santé pour sa transparence et sa

prise en compte de la complexité. Nous avons le souci du pragmatisme et l'expérience du développement d'outils d'aide à la décision. Dois-je rappeler ici que les parents du fameux site Antibioclic sont tous les deux des généralistes universitaires et que la maman d'Antibioclic est même la coprésidente du comité d'organisation de ce congrès ?

(Applaudissements.)

Et enfin, surtout, nous avons l'envie de travailler ensemble, professionnels et universitaires, dans un esprit d'ouverture où nous aurons à cœur d'intégrer les patients et l'ensemble des acteurs de la prévention cardiovasculaire.

Madame la Présidente de la Haute Autorité de santé, la proposition d'édifier une recommandation ayant pour objet la prévention cardiovasculaire, coordonnée par les médecins généralistes et centrée sur le patient, dans une approche globale, est une proposition forte qui, si elle est acceptée, engagerait les généralistes, comme elle engagerait la Haute Autorité de santé.

Madame la Présidente, le nouveau monde de la médecine générale, réuni ici, devant vous, y est prêt. Qu'en est-il de la Haute Autorité de santé ?

Je vous remercie.

Professeur Dominique LE GUDULEC

Présidente de la Haute Autorité de santé

I) L'avenir des recommandations

Chères consœurs, chers confrères, je suis vraiment ravie d'être là. Je dois dire que les réactions de la salle me montrent à quel point vous partagez un enthousiasme qui a peut-être un peu déserté d'autres associations de savants et d'experts. D'abord, je voudrais vous remercier chaleureusement de votre invitation. Vous l'avez dit, c'est un petit peu inhabituel qu'un président ou une présidente de la Haute Autorité de santé soit ici, mais je pense que c'est vraiment un signal pour nous tous, et en particulier pour la Haute Autorité, d'une volonté de renforcer nos échanges et d'aller de l'avant ensemble.

1) *Le rôle de la HAS*

En quelques mots, pour ceux qui ne sont pas familiers des missions de l'institution que j'ai l'honneur de présider, je rappellerai que ces missions sont confiées par la loi. La France est une démocratie complexe, mais qui s'est dotée de très belles institutions et qui a décidé de confier à une autorité indépendante d'une part l'évaluation des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes en vue de leur prise en charge par la collectivité, d'autre part la mesure et l'amélioration de la qualité des soins, et, depuis l'année dernière non seulement dans le champ sanitaire, mais également dans les champs social et médico-social – il y a beaucoup à faire –, et ce dont nous parlons essentiellement aujourd'hui, l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, de la pertinence clinique et également de recommandations de santé publique.

Alors, quel est le but de la Haute Autorité de santé pour ces recommandations ? C'est simplement d'aider les professionnels à construire des outils – des outils d'évaluation et des outils d'amélioration des pratiques – en s'appuyant, comme vous l'avez très bien rappelé, à la fois sur les données de la science, l'expérience des professionnels et les préférences des patients. Il s'agit de déterminer des fondamentaux de prise en charge qui, bien évidemment, seront personnalisés pour chaque patient en fonction des circonstances cliniques. Je veux donc être claire sur la signification de ces recommandations. Certes, elles guident les caisses de Sécurité sociale pour la prise en charge des traitements, mais ce sont essentiellement des propositions, développées méthodiquement, avec une méthode, pour aider à la fois le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des

circonstances cliniques données et en préservant notre système de santé et ses deniers. Ce sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art, des données de la science à un temps donné, sans négliger ce que la science ne connaît pas et que nous décrivons souvent dans des argumentaires scientifiques que l'on accuse d'être un peu épais à lire. J'en conviens, mais vous verrez quel est leur intérêt.

Bien sûr, ces recommandations, et vous le savez tous dans votre pratique, ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient. Elle doit être celle qu'il juge la plus appropriée en fonction des constatations qu'il fait et des préférences de son patient. J'ajouterais, à la suite des discussions que nous avons, que nous sommes l'un des pays où il y a le moins de contraintes objectives sur les prescriptions médicales.

2) Valeurs

Notre rôle est d'aider les professionnels et d'aboutir à des recommandations consensuelles et, si possible, utilisées. Quelle est notre légitimité ? Notre légitimité est basée sur trois notions, qui sont à peu près les mêmes que les vôtres :

- L'expertise scientifique, avec des méthodes rigoureuses pour s'en assurer.
- L'indépendance. C'est pour cela que l'HAS a été créée et des procès encore en cours nous montrent à quel point cette indépendance est complexe et difficile à préserver. Cette indépendance, bien sûr, elle s'applique aux industriels et aux liens d'intérêt des participants aux groupes de travail avec les industriels – j'y reviendrai – mais pas seulement. C'est une indépendance vis-à-vis de tous les intérêts. Ce peuvent être des intérêts professionnels et ce peuvent être aussi des intérêts vis-à-vis des patients, des groupes de patients. Nous avons dans notre système un principe d'équité. Il ne s'agit pas non plus de privilégier certains groupes ou certaines pathologies par rapport à d'autres. Nous nous sommes fixé des règles très contraignantes sur les déclarations de liens d'intérêt et sur les process à mettre en route.
- La troisième notion est la transparence. Tout ce que nous faisons à la Haute Autorité de santé est public, soit lors des commissions réglementées en retranscription directe, soit sur nos sites, et c'est pour ça qu'un certain nombre de nos documents sont très épais. Il faut y consigner et y rapporter tout ce qui se dit, l'avis de chaque expert et comment il a été pondéré. Il n'est pas question de faire une sélection dans ce qui est dit. Il y a forcément, en accompagnement des productions plus courtes, des productions plus longues dans lesquelles on peut aller se plonger pour regarder comment s'est construite une décision. Je crois que cette transparence-là est également très importante.

3) RBP : méthode de travail de la Haute Autorité de santé

Je vais parler un petit peu de méthode sans rentrer trop dans la technique. Il y a des principes qui sont extrêmement importants. Il y a un processus pour élaborer une recommandation. La première étape de ce processus, c'est la phase de cadrage, et je ne saurais trop insister sur l'importance de cette phase de cadrage. C'est celle qui permet de poser les problèmes, de voir où sont les enjeux sociétaux, professionnels, les conséquences. C'est elle qui décide de la méthode à mettre en œuvre et de la constitution des groupes de travail. Pour cette phase de cadrage, nous consultons systématiquement les CNP et je crois que leur réponse, nous y sommes très attentifs, en particulier sur les parties qui doivent être autour de la table. La constitution de ces groupes de travail est extrêmement importante. Il nous faut bien un interlocuteur, nous travaillons bien sûr avec les sociétés savantes, mais nous avons pour toutes les spécialités, y compris la vôtre, un seul interlocuteur : c'est le CNP, par souci de simplification. Ce cadrage est soumis à la validation du collège, après, souvent être passé par une commission, la commission la plus adaptée au sujet, souvent la commission recommandation, pertinence et impact dont je reparlerai. Sur cette phase de cadrage, j'insiste un peu parce qu'elle est primordiale.

« Ce sont des standards internationaux, qui fixent le niveau de preuve des études. »

Ensuite, la recherche documentaire, vous savez la faire. Elle doit être la plus exhaustive possible dans les revues indexées ou non indexées. Pour l'homéopathie, nous avons été voir dans des champs de publication qui n'avaient rien à voir avec nos champs habituels, et avons identifié toute la littérature disponible. Elle est souvent complétée par les experts sollicités et elle s'accompagne souvent d'une veille pendant les travaux. Cette littérature, il faut l'analyser. Et vous avez raison, une analyse critique de la littérature correspond à des standards. Ce sont des standards internationaux qui fixent le niveau de preuve des études. Je crois que c'est, là aussi, un maillon essentiel de la méthode. Selon les sujets, on peut se limiter aux méta-analyses ou rentrer vraiment dans le détail de cette analyse bibliographique. Elle peut se faire en expertise interne ou externe. La seule chose que je veux préciser, c'est que lorsqu'elle est faite en expertise externe, elle est toujours vérifiée par une procédure d'audit, de façon à ce qu'elle ait suivi les recommandations internationales.

Alors, oui, vous avez cité une méthode qui peut être adaptée à certaines recommandations. Il y a plusieurs méthodes qui sont plus ou moins adaptées aux travaux qui sont faits. La méthode GRADE est utilisée beaucoup par le NICE (*National institute for health and care excellence*), en particulier pour tout ce qui est médico-économie, et est une très belle méthode. Nous testons cette méthode sur un premier travail pilote actuellement, sur les recommandations sur l'utilisation des antiplaquetaires.

Sur la phase de production du document, je dirais quelques mots simples. Vous avez à la fois des documents complets, dont je vous ai expliqué l'importance, et des synthèses. Il est important que soit recueillie la position de tous les experts et des parties prenantes. C'est la responsabilité d'un chef de projet, chez nous, de s'en assurer.

Les experts peuvent être intégrés dans un groupe de travail, chez nous toujours pluriprofessionnel et s'accompagnant toujours de la présence d'usagers et de patients. Je crois que c'est important de le dire : nous ne pouvons plus faire seuls, professionnels, des recommandations aujourd'hui, si l'on veut qu'elles soient socialement acceptées. Il peut y avoir l'audition individuelle d'experts ou alors des auditions de groupes d'experts à travers des questionnaires. Les organismes et les CNP sont toujours sollicités pour nous proposer des experts, et, parfois, nous faisons même un appel public à candidature pour en trouver des experts.

Sur la sélection des experts, vous allez me dire que là aussi, on peut biaiser les choses. La sélection des experts est faite selon des règles bien précises de représentativité des différents types d'exercice, des différentes spécialités, des écoles de pensée quand il y en a et puis, et vous l'avez souligné, de déclaration de liens d'intérêts. La prévention des conflits d'intérêts est un souci quotidien chez nous. Si jamais on voulait s'en affranchir, la société civile nous rappellerait très vite à l'ordre en nous convoquant devant les tribunaux ou en nous sommant de retirer des recommandations quand certains de nos confrères n'ont pas respecté les règles déontologiques. Depuis quelques années, les choses se sont structurées. Nous avons un comité de validation des déclarations de liens d'intérêts qui se réunit toutes les semaines et qui étudie toutes, je dis bien toutes, les déclarations des collaborateurs de la maison, qu'ils soient ponctuels, experts ou salariés. Ce comité de validation des déclarations de lien d'intérêt est présidé par un déontologue qui est un magistrat indépendant et qui a, d'ailleurs, écrit un guide avec la méthodologie de la maison. Il clarifie et renforce le niveau d'exigences. Ce n'est pas simple, parce que quand il s'agit de mettre autour de la table des collègues qui partent en congrès grâce aux industriels, on ne va pas leur demander de ne pas partir en congrès pendant quatre ou cinq ans. Il faut réussir à mettre le curseur là où il est. Oui, les libéraux peuvent s'offrir leur congrès, les salariés pas toujours.

On peut en discuter.

« C'est un jeu qui se joue à deux. Cela vous demande des efforts, du temps et il faut que vous ayez confiance dans ce qui va en sortir. »

J'en profite pour regretter que nous ayons parfois du mal à trouver des généralistes et des médecins de premier recours dans nos groupes de travail. Quand je disais que la constitution de groupes de travail était fondamentale, et vous regrettez parfois qu'il n'y ait qu'un médecin de premier recours – je suis d'accord avec vous, ce n'est sûrement pas assez, surtout pour des recours qui vous concernent essentiellement –, eh bien c'est parfois que nous avons sollicité, re-sollicité et que nous n'avons, j'en ai beaucoup d'exemples, pas eu de candidat. C'est un jeu qui se joue à deux. Cela vous demande des efforts, du temps et il faut que vous ayez confiance dans ce qui va en sortir. Je dirais qu'il faut à la fois que vous veniez nous aider à construire ces groupes de travail de façon appropriée et que nous vous donnions la confiance, pour que vous soyez persuadés que le temps que vous allez y passer et l'énergie que vous allez y mettre sont réellement pris en considération.

Nous sollicitons aussi les parties prenantes, souvent pour une relecture, dans la phase de cadrage, je l'ai dit, pour fixer les enjeux, ou dans la lecture du document fourni par le groupe d'experts. La charte de déontologie, et ce n'est pas toujours simple à comprendre, fait une distinction très claire entre un expert, qui est toujours un expert *intuitu personæ*, c'est-à-dire un individu, pour ses connaissances, et une partie prenante. Bien sûr, les parties prenantes peuvent nous aider à identifier les experts, qu'ils soient professionnels ou usagers, représentants des patients, etc. Mais là, et la loi est très claire, il ne s'agit pas d'une expertise, il s'agit d'une opinion. Et il n'y a d'ailleurs pas de déclaration d'intérêt à remplir dans ces cas-là. La loi, et notre pays est très clair, ce qui n'est pas toujours le cas dans les pays européens, je peux vous le dire, puisque nous essayons de voir comment travailler sur des recommandations communes, distingue bien ces deux notions. Enfin, vous voyez que nous sollicitons souvent les professionnels pour relire les documents et essentiellement pour vérifier la compréhension des textes et leur applicabilité. Là encore, ces groupes de lecture sont extrêmement importants. Ils nous amènent à modifier la forme des textes et nous avons besoin de vous dans ces groupes. Là encore, un appel public à candidature est effectué.

Ensuite, qui valide ces documents ? Quand ce sont des recommandations HAS, c'est le collège de la Haute Autorité de santé, après analyse par la commission *ad hoc*. Cette commission est extrêmement importante et vigilante, pas seulement sur le contenu scientifique, mais également sur l'applicabilité de ces recommandations. Vous avez vu que la nouvelle commission des recommandations est coprésidée, avec moi, par un de vos collègues que vous connaissez bien, Pierre-Louis Druais (*applaudissements*). Il fait un travail extrêmement précieux sur ces recommandations. Il n'est pas le seul médecin généraliste dans cette commission, je vous rassure.

J'en viens au dernier point, sur lequel nous pouvons peu de choses, c'est vous qui pouvez tout : c'est la diffusion des productions. La diffusion, c'est vous, ce sont les professionnels essentiellement. Nous utilisons tous les vecteurs habituels. Nous essayons de mettre ce qui est à notre main, c'est-à-dire ces recommandations, dans les processus d'accréditation, dans le DPC. Nous essayons au maximum de les intégrer dans des logiciels métiers pour qu'elles soient facilement utilisables, dans la participation de retour d'expérience. Mais, très clairement, l'essentiel du travail, c'est vous qui le faites. Comment choisit-on ces recommandations et le programme de travail de la Haute Autorité de santé ? Nous sommes saisis, nous avons de nombreuses saisines par le ministère, par la CNAM, par les professionnels eux-mêmes et par les usagers. Nous avons des ressources restreintes, nous priorisons toutes ces sollicitations parce que nous ne pouvons pas répondre à tout. Vous savez que les temps ne sont pas tellement à augmenter les ressources

humaines dans les organismes publics, et c'est tant mieux, puisque vous voyez bien dans quel état sont nos hôpitaux, donc la priorité n'est peut-être pas la Haute Autorité de santé. Aujourd'hui, vraiment, je suis ravie de ce que vous avez dit, parce que pratiquement seules les sociétés savantes spécialistes d'organes nous sollicitent pour ces recommandations. Je me réjouis vraiment que vous ayez accepté cette proposition de revenir vers nous et de nous refaire confiance pour aider à élaborer ces recommandations et que vous vous réinscriviez dans la production de ces recommandations. Encore une fois, il y a de nombreuses recommandations que les CNP ou les sociétés savantes font très bien toutes seules. La plus-value de la Haute Autorité de santé arrive quand on voit très bien que mettre tout le monde autour de la table va être compliqué, qu'il y a des enjeux professionnels où sociétaux très complexes.

4) *RBP : un long processus*

Un document est projeté.

Ça, c'était pour vous rappeler la durée d'élaboration. On nous reproche toujours d'être trop longs et alors, au ministère, toutes les semaines, on me dit qu'on ne va pas assez vite. Néanmoins, si on veut vraiment suivre la méthode, mettre tout le monde autour de la table et que chacun s'exprime, cela demande du temps. Un lieu où l'on peut s'exprimer sereinement, prendre son temps et débattre sans corporatisme, sans radicalité... Je crois qu'avoir encore un lieu comme ça dans la société dans laquelle nous vivons, c'est précieux pour nous tous.

5) *Exemple : méthode d'élaboration de la recommandation Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours*

Par le passé, nous avons déjà travaillé ensemble, Haute Autorité de santé et médecins de premier recours. Vous avez cette recommandation Surpoids et obésité de l'adulte qui avait été effectuée déjà il y a quelques années et dont le président du groupe de travail était un professeur de médecine générale, qui est d'ailleurs membre maintenant de la commission recommandations.

Ce travail avait surtout donné lieu à beaucoup d'outils pratiques. Je ne vais pas les énumérer et y passer une heure, mais c'étaient des outils vraiment pratico-pratiques. J'espère qu'ils vous ont servi dans votre pratique quotidienne. Je crois que d'autres recommandations ont été faites en partenariat : la recommandation sur l'arrêt de la consommation tabagique, du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, avait été faite dans la même logique. Il est donc très clairement souhaitable que, pour toutes les recommandations où vous êtes en première position, cela soit le cas.

Je souhaite également deux évolutions importantes de ces recommandations, plus contextuelles : d'abord, l'élargissement vers des notions de parcours. Nous élaborons actuellement des guides parcours qui vont nous aider en particulier à assurer la continuité et la coordination des prises en charge des patients, en allant jusqu'à la création et la conception d'indicateurs de qualité qui pourront permettre aux professionnels de terrain, au niveau des CPTS, au niveau des régions, de regarder là où le bât blesse dans leur pratique à eux. Et puis, la deuxième évolution forte, j'en parlais tout à l'heure, était l'intégration des usagers et des patients dans toutes les recommandations. Notre dernier colloque, la semaine dernière, traitait des nouveautés dans l'élaboration des recommandations, d'un consensus, de la construction d'un savoir. Et, certes, les *big data* ont occupé une demi-journée, mais l'intégration des savoirs expérientiels, qu'ils soient les savoirs expérientiels des professionnels de santé ou des patients, a également occupé une demi-journée, avec des débats passionnants.

6) *Quelles modalités de travail possibles ?*

Je souhaite que la Haute Autorité de santé produise des recommandations qui soient au plus près de votre pratique, c'est-à-dire utilisables de manière opérationnelle par vous, qui êtes sur le terrain. Donc, outre les fiches pratiques que nous faisons, qui sont perfectibles,

mais qui ont le mérite d'exister, je crois que nous travaillons beaucoup sur tous les objets d'utilisation plus moderne, je dirais – toute institution doit évoluer – qui sont possibles. J'ai créé la commission Impact des recommandations, qui comprend des professionnels de santé, des usagers, mais pas seulement. Des sociologues, des communicants, nous ont aidés dans cette démarche, non pas sur le contenu scientifique, mais sur la façon d'interpeller les professionnels ou les patients pour qu'on soit plus en adéquation avec la façon dont vous travaillez. Je citerai par exemple, sur les violences conjugales, les outils que nous avons développés et qui sont toujours en cours de développement. D'ailleurs, à ce propos, j'aimerais vraiment féliciter très chaleureusement les universitaires du Département de médecine générale de Clermont-Ferrand (*applaudissements*). Ils ont mis à disposition un outil en ligne qui nous donne l'exemple de ce qu'il faut faire. Déclic violence, c'est absolument parfait.

(*Applaudissements.*)

Nous allons de plus en plus faire également la coproduction ensemble de documents pour vos patients, dans une démarche de décision médicale partagée. Vous avez vu le document qui a été fait pour le dépistage de la trisomie pour les femmes enceintes que vous suivez ou sur le lavage du nez pour un petit qui a une bronchiolite encore plus récemment. Donc vraiment, je souhaite que ces outils soient le plus utilisables possible et, vraiment, vous pouvez nous aider.

« Je crois qu'il faut rétablir une confiance, car nous ne ferons rien sans vous. »

Deuxièmement, je souhaite collaborer au maximum avec le CMG et le CNGE pour que tous ces outils soient intégrables le plus possible et le plus rapidement possible dans les outils métiers. C'est pour ça que, dans le cadre du projet EBM France porté par le CMG, la HAS finance par convention six chargés de projet du CMG, ce qui, je vous assure, est un effort pour l'institution. J'ai dit que dans la création de la commission recommandations, parcours, pertinence et indicateurs que je préside, un des deux vice-présidents était un médecin généraliste, Pierre-Louis, que je remercie franchement d'avoir accepté ce poste. Je vous assure que cette commission est extrêmement attentive à la qualité méthodologique et scientifique des recours, mais également à la pertinence et l'applicabilité sur le terrain.

J'en viens à ce que vous attendez : le risque cardiovasculaire. Oui, vous avez raison, c'est un enjeu de santé publique absolument majeur : 1 patient sur 4 au quotidien, vous l'avez dit, 4 millions de malades atteints de maladies cardiovasculaires en France, 33 millions de diabétiques, plus 7 millions qui, à un titre ou un autre, reçoivent des traitements sur des facteurs de risque cardiovasculaire. C'est une priorité parce que c'est une cause majeure de mortalité précoce sur laquelle on peut agir. Elle est évitable en mettant en place des programmes, des politiques de santé publique adaptées : prévention, diagnostic, suivi, coordination pluriprofessionnelle. Nous allons organiser, à la Haute Autorité de santé, un séminaire sur ce sujet – séminaire, colloque, vous l'appellez comme vous voulez – pour associer tous les médecins spécialistes de médecine générale et de spécialité d'organe, les professionnels non médicaux, qui comptent également beaucoup, les associations de patients et les pouvoirs publics de façon à cadrer au mieux ce sujet dans sa globalité, je dirais. À l'issue de ce travail, nous mettrons en place l'élaboration d'une recommandation sur la prise en charge du risque cardiovasculaire, que je souhaite confiée à une équipe projet qui associera trois spécialistes : un cardiologue, un diabétologue et un professeur de médecine générale qui en assurera la présidence.

(*Applaudissements.*)

Sachez que ce n'est pas par démagogie que je fais ça. Je crois qu'il faut rétablir une confiance, car nous ne ferons rien sans vous. Vous l'avez dit, il y a les mots et il y a les actes. Celui-ci en est un.

Je vous remercie beaucoup de votre invitation.

Professeur Vincent RENARD

Président du CNGE

Je n'ai pas pu m'empêcher de faire une petite conclusion pour cette plénière, Madame la Présidente de l'AHS, Monsieur l'ancien Président du CNGE et ancien Président du collège de la médecine générale, cher Pierre-Louis, cher Paul, président du CMG, cher Olivier, Vice-Président du CNGE et Président de son conseil scientifique (*applaudissements*). Madame la Présidente de l'AHS, je vous remercie au nom de toute la communauté universitaire de médecine générale ici rassemblée. Je vous remercie, donc, d'avoir fait le déplacement jusqu'à nous pour nous annoncer la nouvelle dynamique de l'AHS pour les recommandations en soins premiers.

Les universitaires de la discipline, 89 professeurs des universités et maîtres de conférences des universités, 218 professeurs associés et maîtres de conférences associés, plus de 200 chefs de clinique des universités et assistants universitaires de médecine générale, plus de 10 500 maîtres de stage des universités, avec tous les généralistes, ont des besoins et des demandes aujourd'hui différents d'hier. Je vous remercie donc au nom de toute cette communauté pour cette annonce de recommandation sur la prise en charge du risque cardiovasculaire global en soins premiers et notamment en prévention primaire, ce à quoi, vous l'aviez compris, nous accordions discrètement de l'importance.

La définition européenne de la médecine générale, qui date maintenant de 2002, de manière contemporaine à la reconnaissance réglementaire de la spécialité médecine générale, synthétisait : « La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche et de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. » Dans cet esprit, la médecine générale, mûre de sa composante académique et scientifique, est donc légitime pour élaborer les recommandations qui la concernent dans une approche pluriprofessionnelle et collaborative et ne souhaite plus, dans son champ d'expertise, se contenter d'adapter et de décliner les recommandations faites par les spécialistes d'autres disciplines.

(Applaudissements.)

Nous nous reconnaissons donc pleinement dans votre proposition pour un vrai changement d'orientation tourné vers l'avenir. Il est temps que nous soyons avec vous les maîtres d'œuvre de nos propres recommandations pour que, demain, le travail des recommandations soit utile en étant réellement approprié par les professionnels, pour que, demain, soit mieux accompagnée la santé des patients.

Merci, Madame la Présidente de l'HAS.

Questions et débat

Cédric RAT

Madame la Présidente, merci de votre intervention, de votre venue à Nantes. Cédric Rat, je suis universitaire à Nantes et Président du Comité scientifique du congrès. Je voulais vous poser une question. On a parlé beaucoup du passé, vous nous avez dit comment ça marchait avant, chacun des intervenants a pu nous raconter comment c'était, quels étaient les rapports jusqu'à aujourd'hui entre la HAS et notre communauté. On a parlé d'aujourd'hui, de vos annonces d'aujourd'hui. Je voudrais vous demander : si on doit vous réinviter, dans trois ans, dans cinq ans, à ce congrès, qu'est-ce que vous souhaiteriez constater avec nous sur vos actions et sur l'évolution de notre relation ?

« Je crois que nous trouverons les moyens, quels qu'ils soient, pour que votre place soit évidente dans cette maison. »

Dominique LE GUDULEC

Merci de votre question qui est excellente parce que, ce qui compte, c'est ce qui va se passer. Mais je pense que vous ne devriez même plus avoir besoin de m'inviter. Ça devrait couler de source que nous travaillions ensemble. Je vais à d'autres congrès de spécialistes, de temps en temps, mais je dirais qu'en tout cas, la question, existentielle pour vous et pour nos relations, que nous nous posons aujourd'hui, j'espère bien qu'elle sera complètement dépassée. C'est-à-dire que, d'abord, la confiance sera revenue de façon à ce que vous puissiez vous engager dans ces travaux communs en sachant que votre rôle est spécifique et pris en considération.

Maintenant, je ne vais pas être démagogique. Un groupe de travail, c'est un groupe de travail. Il y a d'autres opinions et je crois qu'il est important, aussi, que vous vous confrontiez à ces autres opinions et, en particulier, j'insiste beaucoup là-dessus, à celle des usagers. J'espère, et nous travaillons aussi beaucoup là-dessus à la HAS, que l'intégration des usagers, des patients, dans tout ce que nous élaborons ensemble – parce qu'encore une fois, rien ne sort de l'HAS qui n'ait été co-construit – sera devenue bien plus massive qu'elle ne l'est aujourd'hui. Eux aussi se plaignent quand on leur demande un avis sur un médicament, dans une commission réglementée et qu'ils n'ont même pas le dossier alors que certains d'entre eux sont tout à fait capables de lire une étude clinique. Donc, je crois que pour professionnels de premier recours et autres spécialistes, il faut que la HAS soit le lieu où vous travaillez avec des moyens que l'institution a, qu'elle peut mettre à votre disposition, qui garantissent la légitimité de tout ce qui en sortira et qui permettent d'avancer dans un monde où, honnêtement, la médecine va très vite.

Peut-être votre question va-t-elle plus loin : est-ce qu'il faut un collégien libéral à la HAS ? J'en suis convaincue. Alors, professions libérales, médecins généralistes, vous savez, les places sont limitées et les collégiens doivent assumer une commission réglementaire, les commissions d'évaluation des médicaments, des dispositifs, des vaccins, de la vaccination, la commission sociale et médico-sociale, qui demandent des profils assez figés. C'est vrai qu'avec ceci, associé à des règles du jeu éminemment complexes, où une double parité doit être respectée – parité par les quatre nominations ministre, parité à l'intérieur du collège, etc. –, les choses ne sont pas toujours aussi simples qu'on le voudrait. En tout cas, et ce ne sont pas que des mots, je crois que nous trouverons les moyens, quels qu'ils soient, pour que votre place soit évidente dans cette maison.

(Applaudissements.)

France LÉGARÉ

Bonjour. Mon nom est France Légaré, médecin de famille. C'est comme ça qu'on s'appelle au Québec. Je suis enseignante à l'université Laval de Québec et je m'intéresse à la décision partagée. Je vais vous dire que je suis épatée, ébahie. Je voulais vous féliciter, tous, pour ce que je viens de voir. J'aimerais qu'on ait quelque chose de similaire au Québec, ce qui m'amène donc à faire un souhait pour qu'il y ait des collaborations avec le Québec. Avec le Québec, qui a l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, qui ressemble beaucoup, dans les mandats, à ce que j'ai pu voir ici. On a les mêmes difficultés que j'entendais, alors je souhaite juste qu'on puisse, peut-être, faire des collaborations outre-Atlantique entre le Québec, les médecins de famille, les médecins de médecine générale, votre organisation et nos organisations. Je voyais l'infrastructure que s'était donnée le collège de médecine générale. Je crois qu'il devrait y avoir aussi une structure pour les collaborations outre-Atlantique avec les collègues francophones. Merci infiniment.

(Applaudissements.)

Dominique LE GUDULEC

Je vais vous répondre. Ça va bientôt faire deux ans que je suis à la HAS. L'un de mes premiers objectifs, et j'ai réussi en juillet dernier, a été de faire mettre dans la loi une mission internationale pour la Haute Autorité de santé. Vous savez que nous ne pouvons pas dépenser un denier pour des missions autres que celles qui sont dans la loi, et c'est bien, ou dans les décrets, donc ça, c'est important. Deuxièmement, nous avons et nous sommes en train de renforcer une collaboration avec le Québec. Mes équipes y partent la semaine prochaine et j'y vais le 13 décembre. Vous avez aussi beaucoup à nous apprendre.

(Applaudissements.)

France LÉGARÉ

Juste un petit commentaire : ça aurait été préférable de venir l'été parce qu'il fait très froid, présentement. Désolée.

Dominique LE GUDULEC

On reviendra.

Katia MAZALOVIC

Merci de me donner la parole. Katia Mazalovic, Dijon. Madame la Présidente de la HAS, merci pour votre intervention. Vous nous parlez du « travailler ensemble » qui est quelque chose qui est très cher à notre profession de médecine générale. Depuis longtemps, nous nous investissons dans le « travailler ensemble », dans la pluriprofessionnalité, et c'est l'objet de ma remarque et du questionnement qui va avec. Pour inclure la médecine générale dans les propositions, il faut aller au-delà des mots du « travailler ensemble » et aussi s'intéresser à la méthode. Je m'explique : en tant que généraliste, j'ai déjà eu une proposition de venir travailler à la HAS. Je pense que je fais partie des médecins généralistes motivés. Je me forme, je viens au congrès. Je paie ma place, je ne me fais pas inviter par l'industrie pharmaceutique. C'est normal.

(Applaudissements.)

Mais il nous est difficile, aussi motivé soit-on, de venir participer à un travail à la HAS lorsqu'on est convoqué 15 jours à l'avance, qu'il faut laisser son cabinet. Même si je travaille en Bourgogne et que ce n'est pas si loin de la Région parisienne, ce n'est pas simple de s'organiser, de trouver un remplaçant. Il faut, je pense, aussi qu'on échange là-dessus et qu'on trouve les moyens de corriger ces petites difficultés.

(Applaudissements.)

Dominique LE GUDULEC

Vous avez raison, le Diable est dans les détails, et ce n'en est pas un. En effet, vous ne pouvez pas, surtout en ce moment, laisser vos cabinets du jour au lendemain. Alors, c'est vrai, vous avez raison, que ça passe par l'anticipation. Nous avons déjà eu ce problème pour la certification des établissements. Nous voulions qu'il y ait également des médecins de soins primaires, des libéraux spécialistes organes, etc., dans les experts visiteurs pour la certification des établissements parce que, quand on parle de coordination, je crois qu'ils y ont vraiment leur place. On nous a répondu la même chose : « Mais attendez, trois semaines par an, comme il y a une formation à faire, il faut donner trois semaines à la HAS pour faire des visites de certification, ça ne va pas la tête ? »

Alors, on a changé de braquet et, grâce à la méthode des patients traceurs, nous avons proposé à des professionnels de santé de ne participer qu'à une, deux, trois, quelques visites, le nombre qu'ils souhaitaient. Ils peuvent se dégager une journée, deux journées, trois journées par an, pour faire ce travail qui est vraiment précieux pour l'évaluation de la

qualité des soins. Donc voilà, ça nécessite qu'on en parle, mais on peut adapter nos *process* de façon à répondre le plus possible aux circonstances qui sont les vôtres, pas seulement les nôtres. Donc, vous avez totalement raison et je me fais fort de retourner vers nos chefs de projet pour rapporter cette difficulté.

(*Applaudissements.*)

David DARMON

Madame la Présidente, bonjour. David Darmon, université Côte d'Azur. Merci beaucoup pour tout ce que vous nous avez annoncé, qui nous conforte dans nos efforts. J'ai eu l'occasion, comme ma collègue, de pouvoir contribuer à certains travaux de la HAS, notamment dans le Centre de ressources pour les soins primaires. On a pu expérimenter les difficultés de positionnement que pouvait avoir la HAS, par rapport à toutes les autres institutions. J'ai deux questions dont la principale est : est-ce qu'un effort est fait entre la direction des recommandations et celle des parcours de soins, pour que tout aille dans le même sens et qu'on arrive à définir qui fait quoi dans le système de santé ? Comment se positionne la HAS par rapport à ça ?

Et, peut-être, une autre orientation : là, on part sur des recommandations sur la prévention du risque cardiovasculaire. On peut voir que chez certains de nos collègues francophones, on a des recommandations qui sont orientées par rapport aux plaintes des patients. Vous avez dit que les patients étaient impliqués de plus en plus dans l'élaboration des recommandations. Je pense que même sur le sujet des recommandations, sur les *patients tripartite outcome*, comme on dit chez les Anglo-saxons, et on a des recommandations, par exemple chez nos collègues belges, qui sont sur le symptôme fatigue et qui sont certainement des recommandations très utiles aux praticiens de médecine générale et de soins primaires.

Dominique LE GUDULEC

Pour ce qui est des recommandations et des parcours de soins, ils sont, depuis cette année, examinés dans la même commission, que je préside, qui est la commission recommandations, parcours, pertinence, indicateurs. La volonté est, d'une part, de ne pas rester centré. Alors, parfois, il faut rester centré sur une problématique qui est un épisode de soins, mais, le plus souvent et de plus en plus, nous souhaitons en effet avoir des recommandations qui s'appliquent plus à un parcours. Cela nécessite beaucoup plus, aussi, votre intervention parce qu'un épisode de soins, soyons honnêtes, était surtout centré sur des problématiques de prise en charge hospitalière, alors qu'un parcours de soins va de la prévention jusqu'au retour à domicile et au suivi chronique. Donc, évidemment, il est beaucoup plus multiétapes, multiprofessionnel, il sort totalement des murs de l'hôpital.

« Les indicateurs que peuvent produire les patients sont très intéressants et nous sommes en train de sortir un guide méthodologique sur comment les fabriquer de façon pertinente. »

Sachez que ce n'est pas simple. Des guides parcours et des indicateurs de qualité de ces parcours, nous en avons cherché dans la littérature internationale : il n'y a pas grand-chose. Il y a des guides parcours, mais qui ne vont pas jusqu'à cerner les points de difficulté et en faire des indicateurs. Donc on en a fait un. On est en train de travailler sur la BPCO, qui est en train de s'achever et qui vient de passer au collège, avec, en effet, l'élaboration du guide ou la remise à niveau du guide quand il était un peu vieux, la constitution de groupes de travail et, là aussi, encore, pluriprofessionnel, et avec les patients et les usagers pour y intégrer des indicateurs. Les indicateurs que peuvent produire les patients sont très

intéressants et nous sommes en train de sortir un guide méthodologique sur comment les fabriquer de façon pertinente. Mais il ne faut pas se tromper non plus, cela demande, sur le terrain, beaucoup de moyens et beaucoup de temps dans la déclinaison opérationnelle. Il ne s'agit pas seulement de construire les outils, il faut encore ensuite avoir les moyens de les utiliser. Là, je dois dire que nous sommes en pleine réflexion avec le ministère pour savoir quels seront les moyens déployés après, localement, pour que les CPTS ou les professionnels réunis, peu importe sous quelle forme, puissent se saisir de ces dossiers *patient reported outcomes*, de ces résultats vus par le patient. C'est vrai pour tous les indicateurs. Là, c'est un travail avec les professionnels et les usagers, mais c'est aussi un travail avec le ministère, puisqu'il faut qu'il dégage les moyens pour que non seulement, ces outils soient conçus et que nous puissions les faire ensemble, mais aussi que soit appliquée la deuxième question, sur les motifs de consultation.

Là encore, les usagers et les CNP peuvent nous saisir. Après, nous regardons ce qui est faisable en fonction de ce qui existe dans la littérature. Clairement, on parlait du Canada tout à l'heure, je pense que, sur la décision médicale partagée, ils sont en avance sur nous comme sur l'élaboration de recours sur des symptômes, ou, là, les usagers, les patients doivent être absolument intégrés de façon très importante. Ils ont les mêmes craintes que vous. Un usager dans un groupe de travail, tout seul avec sa petite voix, il a du mal. Les usagers ne sont pas toujours tous habitués à parler en public et, là aussi, ça nécessite des gens qui savent exprimer une expertise collective, même si c'est une expertise d'usager ou de patient, au-delà de l'opinion dans ces groupes de travail. Vous pouvez saisir un chef de projet. Nous verrons ensemble l'existant, dans la littérature, comme support à l'élaboration de recommandations. On ira ou on n'ira pas.

Rémy SENAND

Bonjour, Rémy Senand, de Nantes. Je vais me permettre une question peut être un petit peu polémique. Il en faut une, quand même, dans ce congrès, parce que ça ronronne un peu. Donc, Madame la Présidente, le médecin généraliste, voix des patients, dont certains sont des malades, travaille toujours dans la complexité, c'est-à-dire sur la multifactorialité et l'évolutivité qui conduit à l'incertitude de l'absence de consensus d'experts. Ça, c'est une réalité que nous vivons. Vous nous avez dit que vous alliez mettre en place une commission avec des sociologues et des communicants. J'imagine que le travail de cette commission permettra d'avoir une analyse compréhensive du phénomène qui conduit à ce qu'une majorité de médecins généralistes ne se retrouve pas dans les recommandations. Ma question impertinente est la suivante : comment expliquez-vous que la HAS ait mis autant de temps à essayer de comprendre pourquoi les médecins généralistes ne comprenaient pas la HAS ?

(Applaudissements.)

Dominique LE GUDULEC

Eh bien, sur la décision partagée, on a du mal en France, et pas seulement dans un cabinet médical, disons-le comme ça. Je suis depuis deux ans à la HAS, donc faites-moi le crédit de ma bonne volonté. Je crois que les choses évoluent, à la HAS également, dans les *process* et dans l'état d'esprit. Ce que je vois, moi, à l'intérieur de la maison, ce ne sont pas des gens dogmatiques. Très clairement, les chefs de projet, les chefs de service de la Haute autorité de santé cherchent à comprendre et à faire au mieux au bénéfice des patients. Ils ont, chevillées au corps, des valeurs d'équité du système de soins, et je crois que, leurs valeurs, vous les partagez et nous les partageons. Pourquoi si longtemps ? Je dis aussi que c'est un jeu qui se joue à deux. C'est à dire que votre propre maturité en tant que spécialité scientifique, facultaire, universitaire, qui fait de la recherche, qui pousse à la rationalité, qui pousse aux *evidence based medicine*, votre maturité à vous influe également sur la façon dont des institutions comme la nôtre vous perçoivent. Je crois que cette maturité, elle est arrivée, elle arrive aujourd'hui des deux côtés, dans une demande qui est la vôtre, mais également dans une évidence qui est la nôtre. Si nous ne faisons pas des recommandations

que vous pouvez utiliser, elles ne servent à rien et, dans ces cas-là, ce sont des deniers publics dépensés pour rien. Et je suis très soucieuse des deniers publics.

(Applaudissements.)