

LES CONTRAINTES D'UNE PROFESSION LIBÉRALE

Commentaire

Alain Letourmy

John Libbey Eurotext | « Sciences sociales et santé »

2013/3 Vol. 31 | pages 103 à 111

ISSN 0294-0337

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2013-3-page-103.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les contraintes d'une profession libérale

Commentaire

*Alain Letourmy**

L'article de P. Clerc et J. Le Breton analyse ce que disent les médecins généralistes de la prescription médicamenteuse des patients polypathologiques. Le thème qu'ils abordent est incontestablement pertinent, car il représente à la fois un enjeu économique — pour l'Assurance maladie — et un enjeu de santé publique — pour les patients concernés. La place des médecins généralistes dans le système de soins français et l'importance du médicament dans la prise en charge de leurs patients justifient qu'on cherche à mieux comprendre des décisions médicales très fréquentes, qui ont d'abord pour objet de produire un effet sur la santé des personnes qui consultent et qui ont une incidence certaine sur la dépense d'assurance maladie. A fortiori, si l'on se focalise sur les patients polypathologiques chroniques, la compréhension de la prescription médicamenteuse — qui deviendrait presque automatiquement une « polyprescription » — est encore plus intéressante. L'augmentation des plaintes liées à des pathologies multiples, sa relation avec le vieillissement de la population sont synonymes de poids financier accru pour l'Assurance maladie, en posant simultanément la question du risque iatrogène que la polyprescription fait courir aux patients. Il est alors crucial d'écouter les

* Alain Letourmy, économiste, CERMES-3, Site CNRS, 7, rue Guy-Môquet, 94801 Villejuif Cedex, France ; letourmy@vjf.cnrs.fr

propos des médecins généralistes, ne serait-ce que parce qu'ils vont apporter des éléments susceptibles de répondre aux critiques qui leur sont adressées, puisqu'ils sont souvent considérés comme prescrivant trop et mal à propos.

La première impression qu'on ressent à lire l'article est qu'on a déjà entendu une grande partie de ce que disent les généralistes qui ont participé à cette recherche. Leur discours sur la prescription médicamenteuse met en avant les mêmes arguments que ceux que tenaient leurs confrères il y a quarante ans, ce qui fait s'interroger sur la permanence d'une situation de prescription que les auteurs voudraient voir changer. En effet, et c'est le second commentaire qu'appelle l'article, les auteurs retiennent une approche normative pour analyser des discours, en privilégiant la recherche des déterminants d'une prescription non optimale du patient polypathologique. Ce faisant, ils aboutissent à une conclusion relativement favorable aux généralistes, mais peu stimulante au regard des enjeux économiques et de santé publique qui sont évoqués.

Plus ça change et plus c'est la même chose ?

Le médecin généraliste prescrit trop et mal, nous dit-on. La critique est récurrente et place en position d'accusés des praticiens qui vivent mal qu'elle s'adresse à leur comportement quotidien, pour des raisons de coût et de risque iatrogène. La « mise en examen » des généralistes pour gaspillage de ressources publiques date en réalité des années 1970, quand la préoccupation de régulation de la dépense de l'Assurance maladie est devenue une urgence. Si les critiques qui touchent les généralistes ne sont pas nouvelles, elles visaient surtout le niveau de la dépense de médicaments, dont les auteurs rappellent qu'il est une singularité du système de soins français. À ce titre, les généralistes n'étaient pas les seuls à être accusés et, en ce sens, relativiser la responsabilité des médecins généralistes en matière de prescription médicamenteuse ne fait que retrouver les résultats d'analyses assez anciennes de ce que les médecins disaient du médicament. Ces analyses envisageaient les discours dans une perspective plus large, celle du « système médicament » pris dans sa totalité, qui impliquait les laboratoires pharmaceutiques, les autorités administratives de régulation du marché et du remboursement, les médecins et les malades. Leur intérêt est qu'elles donnaient déjà un certain nombre de clés pour comprendre la décision médicale.

*La recherche publiée sous le titre *l'Invasion pharmaceutique*, (Dupuy et Karsenty, 1974) a montré, en utilisant une méthodologie pluri-*

disciplinaire, comment le renouvellement continu de la pharmacopée produit par les laboratoires pharmaceutiques contribuait à la croissance de la dépense, alors même qu'il n'y avait qu'un petit nombre d'innovations véritables. Le résultat était obtenu par la conjonction de plusieurs facteurs. D'abord, grâce à une politique commerciale dynamique de l'industrie pharmaceutique, fondée sur les visiteurs médicaux et la production de l'information technique destinée aux médecins. Ensuite, avec la bienveillance des autorités de régulation, sans doute soucieuses de préserver l'économie sectorielle, qui admettaient facilement au remboursement la plupart des « nouveaux » produits. Et, enfin, avec le concours des médecins prescripteurs, qui avaient besoin du médicament pour prendre en charge leurs malades selon leurs propres critères d'efficacité, lesquels imposaient de ne pas passer trop de temps avec les patients et de signifier l'efficacité de leur intervention pour conserver la confiance de leurs malades. À cet égard, vu que l'effet de signe du médicament ne pouvait durer éternellement, l'innovation était particulièrement utile pour le revitaliser. Les chercheurs ont parlé d'obsolescence psychologique, dans un contexte où le médicament était précisément le signifiant direct de la capacité technique du praticien. Autrement dit, la prescription n'était pas le seul reflet de l'approche clinique, mais un instrument non technique de la gestion de la relation médecin-malade. Le présent article ne contredit pas ce jugement et montre à son tour que la polyprescription est « un processus de décision médicale complexe, qui n'est pas uniquement nourri par des éléments cliniques » (Clerc et al., 2010 : 5).

L'analyse des discours faite ici dégage cinq ensembles de facteurs de prescription non optimale pour les patients polypathologiques :

- *l'activité libérale et la gestion du temps ;*
- *les spécificités médicales des malades chroniques et polypathologiques ;*
- *les modes de communication entre médecins autour des patients polypathologiques ;*
- *des recommandations inadaptées ;*
- *les relations avec les patients.*

À nouveau, ce sont des arguments souvent exprimés par les médecins généralistes que l'on retrouve ici : manque de temps, absence de références scientifiques adaptées au contexte de la médecine générale, difficiles relations avec les spécialistes ou l'hôpital, nécessité d'une discussion permanente avec les patients qui n'ont pas exactement conscience des risques qu'il courent et qu'il faut convaincre de suivre les prescriptions et les conseils d'hygiène de vie. Faisons encore référence à des travaux de recherche assez anciens, en l'occurrence les miens (Letourmy, 1985), pour apprécier ce que l'on retrouve dans la rhétorique des généralistes d'aujourd'hui. Il s'agissait alors d'analyser la pratique quoti-

dienne des médecins généralistes, ce qui faisait considérer l'ensemble des décisions médicales au contact du malade dans le contexte d'exercice de ces praticiens. Comme plus haut, la perspective était plus large que celle du présent article. La recherche s'était appuyée sur une enquête réalisée en 1975 et portant sur près de 38 000 consultations ou visites effectuées par 215 généralistes, qui avait été complétée par une série d'entretiens semi-directifs. Indiquons quelques résultats de cette recherche en rapport avec l'analyse proposée ici.

Globalement, la médecine générale était apparue comme une médecine techniquement simple, dans la mesure où la prescription médicamenteuse était de très loin la décision la plus fréquente prise par les médecins généralistes, dans 92 % des situations où une pathologie était identifiée ; comme une médecine isolée professionnellement, utilisant peu la référence au spécialiste ou à l'hôpital et surtout une médecine de clientèle, caractérisée par la fidélité des patients, suivis pour des affections déjà diagnostiquées. Les plaintes reçues, relevées selon les déclarations des médecins et leur terminologie propres, étaient assez variées : plus de 45 % des séances correspondaient (déjà !) à des pathologies chroniques, dont le généraliste assurait le suivi. Les pathologies aiguës ne correspondaient qu'à 25 % des séances et les malades considérés comme « fonctionnels » moins d'un quart. Le reste relevait de l'activité préventive et administrative (certificats divers). Quant aux médicaments, il y en avait environ trois par ordonnance et il y avait une corrélation forte entre le nombre de produits prescrits et le nombre de plaintes relevées, cette corrélation étant établie aussi bien pour des pathologies chroniques, aiguës ou des malades fonctionnels. En établissant la statistique des diagnostics déclarés selon la Classification internationale des maladies, on remarquait l'importance des « symptômes et états morbides mal définis », catégorie qu'on ne pouvait considérer comme résiduelle, car elle représentait plutôt un complément utilisé par les médecins pour la désignation des plaintes. Bien évidemment, la prescription répondait à ce type de motif de consultation, ce qui suggérait que la décision médicale visait à fournir une réponse aussi complète que possible à la plainte qui lui avait été adressée. On n'était pas dans un schéma simple où le diagnostic impliquait un certain traitement, mais dans une configuration plus complexe de satisfaction maximale de la demande du patient. Cette analyse conduisait à reconnaître l'importance de la relation avec le malade et à faire référence à la théorie du « contrôle profane » développée par le sociologue américain Freidson (1960). Ce contrôle était d'autant plus vraisemblable que le généraliste était un professionnel libéral et que les patients étaient ses clients. Il n'était pas uniforme, ce qui était conforme à la variabilité de pratiques, qui avait été mise en évidence sous la forme d'une typologie, qu'on n'évoquera pas ici.

Dans l'article de P. Clerc et J. Le Breton, on retrouve plusieurs éléments caractéristiques de la médecine générale d'alors : le poids des pathologies chroniques, le lien entre nombre de diagnostics et nombre de produits prescrits, les difficiles contacts avec les autres professionnels. Les auteurs mentionnent le rôle important du patient dans la détermination de la prescription, les médecins semblant accablés par la difficile négociation qu'ils doivent mener, négociation dans laquelle le point de vue du malade n'est pas forcément considéré comme illégitime.

Est-ce à dire que beaucoup de choses n'ont pas changé en médecine générale en quarante ans à propos de la prescription médicamenteuse ? Il serait hasardeux de l'affirmer, car les généralistes ont ajusté leurs pratiques aux normes hospitalières, disposent de nouveaux produits et ont à leur disposition des références de bonne pratique, censés les aider dans leurs démarches diagnostiques ou thérapeutiques. Il reste qu'en matière de prescription médicamenteuse face aux patients polypathologiques, ils semblent loin de l'optimalité et critiquent les guidelines, qui ne seraient pas adaptés à la médecine générale.

Ce jugement est d'ailleurs constant chez les médecins généralistes en matière de polypathologie et renvoie à nouveau à la relation médecin-malade. Ils le fondent ici sur la nature même des référentiels, conçus pour des situations de monopathologie et n'intégrant pas la singularité des patients. Dans un travail sur le diabète de type 2 (Bachimont et al., 2006 ; Cogneau et al., 2007), cette résistance à appliquer le référentiel de la Haute autorité de santé avait été observée en termes de moindre prescription d'examens de suivi des patients. Elle avait été clairement justifiée par les médecins interviewés par les contraintes que cette prescription représentait pour leurs patients et les avait amenés à exprimer leur incapacité à convaincre ceux-ci d'adopter une hygiène de vie. À cet égard, le rôle du patient était fondamental, la prescription médicamenteuse était la décision la plus facile à faire accepter et elle était censée avoir une bonne efficacité.

Optimiser la prescription : comment et pour qui ?

L'approche normative de la prescription, qui sous-tend l'analyse des discours des médecins généralistes correspond à l'orientation générale de la recherche dont ce travail est issu. Il constitue en effet le volet qualitatif d'une étude plus générale à caractère expérimental, baptisée Polychrome. « L'objectif de l'étude expérimentale Polychrome consiste à estimer la place de la polyprescription dans les ordonnances destinées à

des patients atteints de polypathologies chroniques, ainsi qu'à déterminer dans quelle mesure une équipe médicale multidisciplinaire est en capacité de proposer un programme d'optimisation de ces ordonnances afin d'en améliorer la qualité » (Clerc et al., 2010 : 2). *L'étude a compris trois phases. Laissons de côté la première : constitution d'un échantillon de généralistes et typologie des patients polypathologiques chroniques. La deuxième comprenait une évaluation des risques potentiels de contre-indications et d'interactions médicamenteuses des prescriptions (réalisée sur 105 ordonnances tirées au sort par des experts en pharmacologie), suivie d'une optimisation des ordonnances (réalisée sur 16 ordonnances archétypiques en termes de polypathologie et de polyprescription par un groupe d'experts cliniciens et un pharmacologue). Elle a apporté des enseignements très instructifs : « Les contre-indications pathologies médicaments sont présentes dans 57 % des ordonnances et concentrées sur un tiers des pathologies (...) Les interactions sont présentes dans 67 % des séances, mais sont plus dispersées, pour plus de la moitié des médicaments prescrits (...) Pour autant, les contre-indications ou interactions "potentiellement" graves sont relativement rares (6 % des prescriptions) (...) Le taux moyen d'optimalité des ordonnances analysées (rapport du nombre de lignes de médicaments ayant un intérêt clinique potentiel immédiat sur le nombre de médicaments de l'ordonnance) est de 58 % et, en tentant d'optimiser les ordonnances, 80 % des lignes de médicaments ont changé (...) Au final, la procédure d'optimisation permet de diminuer de 30 % les médicaments prescrits, de 46 % les contre-indications (mais il en reste encore une "potentiellement" grave) et de 66 % les contre-indications » (Clerc et al., 2010 : 2-3). La troisième phase de Polychrome visait l'analyse des déterminants de la polyprescription et était fondée sur des focus groups de médecins généralistes et des groupes de pairs. C'est elle qui nous intéresse de façon spécifique, les auteurs ayant développé ici les constats généraux déjà présentés dans l'article cité.*

Leur « hypothèse de base était que (pour définir leur prescription médicamenteuse) les médecins réalisaient des arbitrages bénéfiques/risques au regard de leurs connaissances, de leurs conditions de travail et du contexte des patients et qu'ils mobilisaient des connaissances sur les risques d'interactions et de contre-indications des polyprescriptions ». Les chercheurs ont tenté d'étayer cette hypothèse à partir des propos des médecins, sans doute dans la perspective générale de proposer une meilleure prise en charge des malades polypathologiques, en réduisant quantitativement la dépense de médicaments prescrits et en améliorant qualitativement la réponse faite aux patients .

On note d'abord que les résultats de la phase 2 de l'étude, même s'ils ne portent que sur un ensemble limité d'ordonnances, vont dans le

sens des critiques adressées aux médecins généralistes. S'agissant ensuite de tirer parti des discours pour définir ce qu'est une ordonnance optimale, les auteurs dégagent quatre niveaux d'optimisation privilégiés par les médecins : la pharmacologie, le patient, la prise en compte d'emblée de l'ensemble des facteurs pouvant influencer la prescription et le respect des recommandations. Mais l'article ne hiérarchise pas les niveaux d'optimisation et laisse le lecteur deviner comment le médecin combine les quatre niveaux. Enfin, la discussion met surtout en avant la situation contrainte du médecin généraliste. Les généralistes prescrivent peut-être trop et parfois mal, mais ils n'ont qu'une responsabilité limitée à cet égard, vu « le réseau complexe qui se noue en arrière-fond de la relation médecin-malade ». Ils décideraient sous contrainte et n'auraient pas de marge de manœuvre pour faire mieux, tant que le système est ce qu'il est et que les autres catégories de professionnels auront la même représentation du médecin généraliste.

On conçoit que l'optimisation de l'ordonnance, telle qu'envisagée dans cette recherche, soit délicate et non systématique. Mais il est difficile de tirer de ce que disent les médecins un ensemble de recommandations pratiques applicables de façon simple. D'où l'appréciation des auteurs de la recherche : « il ne sera pas possible d'améliorer la prise en charge des patients polypathologiques chroniques sans une réorganisation majeure du système de soins et un changement culturel dans la coopération entre professionnels de santé ». Faut-il comprendre que, sans changement systématique, il n'y a point de salut ?

On peut envisager une interprétation moins radicale de cette appréciation en admettant que les discours analysés — de même que les recherches anciennes évoquées plus haut — indiquent clairement que les médecins généralistes ne sont ni prêts, ni disposés à appliquer quotidiennement cette conception de l'ordonnance optimale. Ils n'ont aucune raison de l'être, car les enjeux économiques et de santé publique justifiant la recherche d'optimalité ne rencontrent pas les préoccupations de la pratique quotidienne. Si les référentiels de bonne pratique ne sont pas adaptés à l'exercice de la médecine générale, il en est de même de la référence à l'ordonnance optimale du patient polypathologique. L'enjeu économique concerne l'Assurance maladie, mais sans inspirer de mesures qui aient un impact fort sur la pratique quotidienne, quoi qu'en disent parfois les médecins. Il suffit pour s'en convaincre de se souvenir de l'abandon rapide des Références médicales opposables ou du caractère purement informatif des guidelines. L'Assurance maladie a majoritairement ciblé les patients pour éviter le dérapage de la dépense pharmaceutique : remboursements réduits en fonction du Service médical rendu, promotion du médicament générique, à laquelle résistent d'ailleurs certains profession-

nels. Quant à l'enjeu de santé publique, il concerne les patients polypathologiques et s'il peut inspirer des demandes des associations ou des enquêtes des médias, il n'a pas, à ma connaissance, reçu de traduction concrète en direction des prescripteurs.

La question du changement pourrait être posée en partant des enjeux véritables de la pratique libérale, à savoir, d'une part, la constitution, le maintien, voire l'extension de la clientèle et, d'autre part, le modèle économique hybride selon lequel la rémunération des services provient d'un tiers. Le mode actuel de rémunération à l'acte dissocie le coût des décisions médicales de la rémunération des services et toute évolution est dépendante de la création d'actes nouveaux. L'article — et probablement les discours médicaux — sont assez discrets sur cet aspect, mais c'est sans doute à cause du ciblage sur la seule prescription médicamenteuse. On note toutefois quelques allusions lorsqu'est évoquée l'activité libérale, pour parler du manque de temps qui contraint la participation à la formation continue, et des cabinets médicaux qui seraient organisés pour traiter des pathologies aiguës. Les arguments ne sont pas très convaincants, alors qu'on aurait attendu des propos sur la rémunération des prises en charge coûteuses en temps ou sur la capacité des médecins à faire de l'éducation thérapeutique. Les pistes à ouvrir me semblent donc du côté de la liaison à établir entre rémunération médicale et contenu du service. Les idées ne manquent pas : par exemple, faire gérer au médecin généraliste un budget « médicaments » ou un budget associé aux Affections de longue durée et récompenser sa gestion, le rémunérer à la capitation avec des pondérations selon la pathologie à traiter, étendre les contrats de performance à l'éducation thérapeutique et au taux d'optimalité des prescriptions. Mais il est certain qu'il faudrait une vraie volonté de changement de la part des négociateurs des conventions pour que des idées de ce type aboutissent concrètement. C'est sans doute le sens à donner à l'appréciation générale des perspectives d'évolution formulée par les auteurs.

Liens d'intérêts : aucun.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bachimont J., Cogneau J., Letourmy A., 2006, Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2, Sciences Sociales et Santé, 24, 2, 75-103.

Clerc P., Le Breton J., Mousquès J., Hebbrecht G., de Pouvoirville G., 2010, Les enjeux de traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies, Questions d'Économie de la Santé, 156.

Cogneau J., Lehr-Drylewicz A.M, Bachimont J., 2007, Ecart entre les référentiels et la pratique dans le diabète de type 2 : les préjugés des médecins et des patients sont un obstacle à une éducation efficace des patients, La Presse Médicale, 36, 5, 764-770.

Dupuy J.P., Karsenty S., 1974, L'invasion pharmaceutique, Paris, Le Seuil.

Freidson E., 1960, Client control and medical practice, American Journal of Sociology, 65, 374-382.

Letourmy A., 1985, An economic approach to the daily activities of private general practitioners, Social Science and Medicine, 20, 2, 173-180.