

Les recommandations médicales : un outil pertinent pour faire évoluer les pratiques des professionnels de santé ?

Les recommandations médicales se présentent comme des documents écrits destinés à aider le praticien, éventuellement le patient, à choisir la prise en charge la plus appropriée en fonction d'une situation clinique donnée. Outil d'aide à la décision, ces recommandations visent aussi à encadrer les pratiques professionnelles afin de réduire leur hétérogénéité. Si les effets de ces référentiels sont très difficiles à évaluer, ils dépendent étroitement de leur appropriation par les médecins.

Pour constituer un vecteur efficace de changement des pratiques professionnelles, les recommandations gagneraient, d'une part, à mieux concilier les objectifs des différents acteurs (professionnels de santé, assurance maladie et usagers), de manière à

satisfaire des exigences tant en termes de rigueur scientifique que d'utilisation concrète. Cela pourrait se traduire par une nouvelle génération de recommandations qui intégreraient, dès la phase de production, l'objectif de mise en œuvre.

Les recommandations pourraient, d'autre part, être mieux combinées à des dispositifs incitatifs. Développer des outils de travail intégrant les recommandations – comme certains logiciels par exemple –, encourager les professionnels à développer un regard critique sur leurs pratiques, rendre plus collectif leur cadre d'exercice ou encore impliquer davantage l'utilisateur apparaissent comme autant de leviers d'action potentiellement efficaces pour améliorer la qualité des soins. ■

PROPOSITIONS

- 1 Renforcer la légitimité des groupes de travail qui élaborent les recommandations :
 - en adoptant le principe d'une coprésidence du groupe assurée par un médecin généraliste ;
 - en explicitant les choix relatifs à la composition des groupes dans le texte des recommandations (en complément de la liste d'experts déjà existante).
- 2 Faire évoluer la nature des recommandations afin de mieux concilier rigueur scientifique et simplicité d'utilisation en distinguant :
 - un volet "état de l'art" correspondant au format actuel des recommandations ;
 - un volet "interactif" regroupant des informations actualisées, des données médico-économiques, et permettant de recueillir les remarques des professionnels.
- 3 Conditionner l'obtention de la certification pour les logiciels d'aide à la prescription à l'intégration des principales recommandations liées aux médicaments dans l'outil informatique.

LES ENJEUX Les recommandations médicales⁽¹⁾ désignent des propositions établies méthodiquement pour aider le praticien et, dans certains cas, le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Prenant la forme de documents écrits souvent volumineux, qui sont parfois synthétisés en quelques pages, ces propositions se fondent sur une hiérarchisation des modes de prise en charge en fonction de leur efficacité à partir des connaissances scientifiques disponibles.

Ces recommandations sont un outil d'aide à la décision destiné aux médecins, mais aussi aux autres professionnels de santé, voire aux autorités sanitaires et aux usagers. Ces référentiels sont aussi un outil d'encadrement des pratiques qui vise à les homogénéiser et à réduire les actes inutiles ou à risque, afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, de renforcer l'efficacité des prises en charge ou encore d'éduquer et de responsabiliser le patient. Les recommandations n'ont cependant pas de caractère contraignant⁽²⁾ : leur validité est limitée dans le temps (du fait de l'évolution des connaissances scientifiques) et leur suivi nécessite que le praticien les adapte au cas singulier de son patient. Leur impact sur les pratiques dépend alors de leur appropriation par les professionnels, déterminée par la nature de la recommandation et par son articulation avec d'autres dispositifs (modes d'organisation du système de santé, mode d'exercice des professionnels, judiciarisation de l'exercice médical, etc.).

Comment cet outil peut-il mieux concilier les objectifs des différents acteurs (professionnels, producteurs de recommandations, assurance maladie, usagers) ? Par exemple, comment préserver une certaine autonomie au professionnel tout en visant une relative standardisation des pratiques ? Comment concilier les exigences de rigueur scientifique des producteurs avec le besoin, pour les professionnels, de disposer d'un outil facile à mobiliser au quotidien ?

Aujourd'hui essentiellement destinées aux médecins, les recommandations sont satisfaisantes d'un point de vue scientifique tandis que les outils favorisant leur mise en œuvre, relativement récents, pourraient être améliorés. Mieux concilier les objectifs des différents acteurs supposerait ainsi d'intégrer l'objectif de mise en œuvre dès la conception de cet outil et de mobiliser les dispositifs incitatifs pertinents.

DES RECOMMANDATIONS SCIENTIFIQUEMENT RIGOUREUSES, MAIS SOUVENT DIFFICILES À METTRE EN ŒUVRE

Une recommandation conçue comme un état de l'art scientifique destiné aux professionnels

Si les protocoles existent depuis longtemps en médecine, ces recommandations élaborées à partir d'études exhaustives des données médicales⁽³⁾ se sont développées avec l'essor de la "médecine fondée sur les preuves" (*Evidence-Based Medicine*) dans les années 1970 dans les pays anglo-saxons et scandinaves.

En France, les recommandations se développent au cours des années 1980 au moment où l'évaluation des pratiques médicales devient une préoccupation⁽⁴⁾. En 1993, l'assurance maladie met en place les "références médicales opposables" (RMO) avec un double objectif de régulation des dépenses de santé et d'amélioration de la qualité. En pratique, ces références n'ont pas eu de caractère opposable et ont été rejetées par les médecins car perçues comme essentiellement dictées par des impératifs de réduction des coûts.

En 1997, la production de recommandations est confiée à une agence indépendante du financeur, qui deviendra la Haute Autorité de santé (HAS)⁽⁵⁾ en 2004. Chargée d'élaborer des recommandations et de les diffuser auprès des professionnels et du grand public, la HAS est devenue le principal producteur de recommandations. D'autres organismes en produisent aussi : les sociétés savantes (pour la cardiologie par exemple), des agences telles que l'Institut national du cancer (InCA) et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) dans le domaine du médicament jusqu'en 2011⁽⁶⁾.

[1] Qui recouvrent les recommandations de bonne pratique clinique et l'ensemble des outils dérivés tels que les "guides affection de longue durée". Dans la suite du texte, "recommandations" désignera les recommandations médicales.

[2] Néanmoins, le code de déontologie des médecins leur impose de délivrer des soins fondés sur les données acquises de la science. Or les recommandations de la Haute Autorité de santé visent précisément à synthétiser ces données. Le médecin court donc un risque important à s'en écarter, sauf s'il est en mesure de justifier ce choix. "Recevabilité du recours dirigé contre les recommandations de bonne pratique professionnelle de la Haute Autorité de santé", *AJDA*, n° 23/2011, p. 1326.

[3] OCDE (2010), *Optimiser les dépenses de santé*, Paris.

[4] La mise en place de l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) en 1990 marque le début de l'institutionnalisation de cette démarche.

[5] L'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), née en 1990, devient en 1997 l'agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES), puis la HAS.

[6] Suite à la mise en place de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en 2012, la production de recommandations en matière de médicaments sera assurée par la HAS.

L'assurance maladie propose des référentiels sur des thématiques très spécifiques depuis 2010⁽⁷⁾.

Les recommandations de la HAS s'adressent essentiellement aux médecins et visent à améliorer la qualité des prises en charge et les pratiques des professionnels. Reposant sur une évaluation médicale, ces recommandations reflètent un état de l'art scientifique à un moment donné. Cette orientation est d'autant plus marquée qu'il s'agit de se démarquer des RMO et d'asseoir la légitimité scientifique de la HAS.

Le champ couvert aujourd'hui par les recommandations est large, incluant des pathologies plus complexes ou récentes (telles l'obésité, la maladie d'Alzheimer, etc.). Le choix des thématiques se fait en fonction des progrès scientifiques, des enjeux en termes de santé publique et de réduction des coûts⁽⁸⁾. Depuis 2006, près de 160 documents de référence ont été élaborés par la HAS : des recommandations de bonne pratique clinique (RBP) (une soixantaine) et des "guides affection de longue durée (ALD)" qui sont produits à partir des RBP et destinés aux médecins généralistes et aux patients atteints d'une ALD. Ces référentiels portent sur des modes globaux de prise en charge et sur des traitements thérapeutiques.

D'autres pays ont développé une conception différente de cet outil, en associant à l'objectif de qualité un objectif de maîtrise des coûts. En Angleterre par exemple, les recommandations s'adressent à un public plus large, comprenant les professionnels de santé, mais aussi les autorités sanitaires régulatrices et les usagers. Une double expertise médicale et socio-économique, de type coûts-bénéfices, est mobilisée : il en découle des préconisations souvent plus précises et directives qu'en France, comme pour les prescriptions médicamenteuses par exemple.

Une production de recommandations de plus en plus standardisée

La création de la HAS s'inscrit dans un processus de rationalisation de la production des référentiels que l'on observe également dans d'autres pays (encadré 1).

Encadré 1

Les producteurs de recommandations : diversité des configurations nationales

Dès les années 1970-1980, des référentiels sont produits dans les pays anglo-saxons et scandinaves⁽⁹⁾, le plus souvent par des sociétés savantes professionnelles. Par exemple, en Finlande, la société médicale produit depuis 1988 des recommandations électroniques pour les soins primaires, suivies par quasiment l'ensemble des médecins. Au Danemark, des standards cliniques couvrent tout le parcours de soins. Aux Pays-Bas, le collège des médecins généralistes a produit depuis 1987 près de soixante-dix recommandations.

À partir de la décennie 1990, le processus de production tend à se rationaliser avec la mise en place d'agences dédiées dans certains pays, ces dernières ayant toutefois des missions variables. Par exemple, le Royaume-Uni se dote en 1999 du NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*⁽¹⁰⁾). Cette agence produit des recommandations sur la prise en charge clinique et la santé publique, et évalue les coûts et les bénéfices des nouvelles technologies en santé.

Depuis les années 2000, se développent aux niveaux européen et international des réflexions sur la méthodologie de production des recommandations⁽¹¹⁾, afin de leur assurer une certaine homogénéité en termes de qualité (via l'échange de pratiques ou la conception d'outils standards⁽¹²⁾).

Le respect de la méthodologie conférant à la recommandation sa légitimité, son mode de production obéit à des règles strictement définies. En France, la HAS a ainsi développé de nombreux guides méthodologiques propres à chaque type de document produit, qui définissent chaque étape du processus, de la saisine à la diffusion⁽¹³⁾. Par exemple, pour établir une recommandation de bonne pratique, le collège de la HAS valide tout d'abord un programme de travail, construit à partir des différentes saisines émanant d'administrations, de professionnels de santé, d'associations de patients ou de membres de l'agence elle-même. Un expert de la HAS réalise une synthèse bibliographique qui hiérarchise les références⁽¹⁴⁾ selon leur degré de fiabilité. À partir de ce document, un groupe de travail, composé d'une vingtaine d'experts

[7] D'après la Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAMTS pour la période 2010-2013, l'assurance maladie s'est engagée à produire de nouveaux référentiels pour la prescription des arrêts de travail et des référentiels sur les actes en série de masso-kinésithérapie. Cette convention prévoit que ces référentiels seront "transmis à la HAS pour labellisation". En 2011, les référentiels sur les arrêts de travail sont publiés "après avis" de la HAS, sans être labellisés.

[8] Bourdillon F. et Caniard E. (2007), "Qualité des soins et du système de santé", in Bourdillon F., Brucker G. et Tabuteau D., *Traité de santé publique*, Paris, Flammarion.

[9] Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E. et Glios I. (2008), *Assuring the Quality of Health Care in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies.

[10] Jusqu'en 2005, il s'appelait *National Institute for Clinical Excellence*.

[11] Castel P. et Robelet M. (2009), "Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usage des recommandations de pratiques cliniques", *Journal d'économie médicale*, mai.

[12] Comme la grille dite "AGREE" de 2003 qui fait aujourd'hui référence dans sa seconde version "AGREE II" ("Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II", ou grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique).

[13] Selon la principale méthode utilisée par la HAS et qui correspond à la méthode couramment utilisée au niveau international (méthode dite "recommandation pour la pratique clinique").

[14] En particulier, les recommandations existantes en langue anglaise sont systématiquement prises en considération.

extérieurs à la HAS, élabore la recommandation qui est ensuite soumise à un groupe de lecture élargi. Une fois validée par le collège de la HAS, elle est publiée sur le site. L'ensemble du processus dure en moyenne dix-huit mois, ce qui peut sembler relativement long eu égard à la rapide obsolescence des connaissances scientifiques.

La constitution du groupe de travail est une phase délicate. Une fois écartés les possibles conflits d'intérêts⁽¹⁵⁾, les professionnels sont choisis pour leur excellence scientifique ou leur connaissance des pratiques de soins dans le domaine traité, *via* les sociétés savantes ou des "appels à experts" sur le site de la HAS. Si ces groupes de travail étaient plutôt à l'origine composés de médecins spécialistes, **les profils se sont diversifiés** avec la recherche d'un équilibre numérique entre médecins spécialistes et généralistes, la prise en compte de la diversité des lieux et des modes d'exercice, et l'intégration, selon les sujets, de professionnels paramédicaux, médico-sociaux, d'experts des sciences sociales⁽¹⁶⁾ et de représentants de patients. Le recrutement de médecins généralistes libéraux reste difficile. Les représentants de l'assurance maladie sont, quant à eux, associés à la dernière réunion du groupe de travail pour relecture.

Enfin, la HAS a contribué à accélérer et à normaliser la **production de recommandations**, en proposant des méthodologies adaptées et en délivrant, depuis 2008, un "label HAS". À titre d'exemple, les recommandations produites par l'InCA sont labellisées par la HAS. Mise en place pour répondre aux fortes contraintes de production⁽¹⁷⁾, cette politique de labellisation devrait se poursuivre d'autant plus que la HAS doit désormais élaborer des recommandations dans le domaine du médicament et que près d'un quart des recommandations doivent être réactualisées⁽¹⁸⁾.

Une diffusion auprès des professionnels encore perfectible

■ Des usages multiples

Si l'incidence des recommandations sur les pratiques des professionnels est délicate à mettre en évidence, de nombreux travaux révèlent des **écarts notables entre les pratiques réelles et les recommandations**. En France,

des travaux établis à partir des données de l'assurance maladie montrent par exemple que, dans certains domaines, les médicaments ne sont pas toujours prescrits à bon escient : ce serait le cas pour les médicaments contre l'asthme dans une étude de 2004, pour les triptans utilisés dans le traitement des migraines et où des surconsommations ont été observées en 2004, pour certains antibiotiques⁽¹⁹⁾, etc. Des études à l'étranger⁽²⁰⁾ montrent que **l'acceptation par les professionnels** des recommandations est un facteur déterminant pour leur mise en pratique.

Dans les faits, **les médecins mobilisent ces recommandations de diverses façons**⁽²¹⁾. Celles-ci sont tout d'abord utilisées par les praticiens pour **mettre à jour leurs connaissances scientifiques** : c'est un point majeur, la déontologie médicale obligeant le médecin à tenir compte de l'état des connaissances scientifiques lorsqu'il propose une prise en charge à son patient. Les recommandations servent également à **justifier le choix de la thérapeutique**, en particulier auprès du patient. Elles peuvent être enfin **une aide à la décision**, notamment pour **les cas simples liés à des pathologies uniques**. Par exemple, en cancérologie, les recommandations accélèrent la prise de décision pour les situations ordinaires et permettent au praticien de consacrer plus de temps aux cas complexes⁽²²⁾ : dans cette situation spécifique, le médecin regagne une part d'autonomie contrairement aux craintes relayées par certains professionnels. Toutefois, des limites demeurent : les recommandations restent inégalement acceptées, car jugées parfois peu accessibles ou suspectes de servir des intérêts particuliers.

■ **Un outil inégalement accepté par les professionnels**
À l'hôpital, les recommandations sont mobilisées depuis longtemps par les médecins spécialistes dans le cadre de la politique de qualité des soins. Cela tient à leur implication dans l'élaboration de ces outils, du fait de leur activité de recherche au sein des hôpitaux universitaires. L'organisation de l'hôpital et des spécialités médicales en secteurs de prise en charge par pathologies favorise également la mobilisation des recommandations, elles-mêmes conçues par pathologies spécifiques. **En cancérologie** par exemple, là où la référence à la médecine fondée sur



[15] Sur ce point, la HAS s'est dotée d'un groupe "déontologie et indépendance de l'expertise à la HAS" depuis 2006, et d'un nouveau guide de gestion des conflits d'intérêts depuis 2011. En 2012, la HAS soumettra ses procédures de gestion des conflits d'intérêts à un audit externe.

[16] Des économistes, sociologues, psychologues ou spécialistes de l'éthique selon les sujets. Benamouzig D. [2010], "La formation d'une expertise sociologique à la Haute Autorité de santé", *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2.

[17] Auxquelles la HAS se trouve soumise. Voir, par exemple, les injonctions de la Cour des comptes [2005], *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* (chapitre "Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux").

[18] Leur durée de validité est fixée à cinq ans. Elle est différente d'un pays à l'autre : en Écosse par exemple, elle est de trois ans.

[19] Pour une présentation synthétique des différents travaux : Polton D., Ricordeau P. et Allemand H. [2007], "Peut-on améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prescription médicamenteuse ?", *Revue française des affaires sociales*, n° 3-4.

[20] Par exemple, pour le Royaume-Uni, Sheldon T.A. et al. [2004], "What's the Evidence that NICE Guidance Has Been Implemented? Results from a National Evaluation Using Time Series Analysis, Audit of Patients' Notes and Interviews", *British Medical Journal*, vol. 329, p. 999.

[21] Voir sur la cancérologie Castel P. et Merle I. [2002], "Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins", *Sociologie du travail*, n° 44. Sur les médecins généralistes, Trépos J.-Y. et Laure P. [2008], "Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*.

[22] Castel P. et Robelet M. [2009], "Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usage des recommandations de pratiques cliniques", *Journal d'économie médicale*, mai.

les preuves est solidement ancrée, les recommandations sont bien acceptées⁽²³⁾. Les **réseaux régionaux de professionnels** ont favorisé l'appropriation de cet outil par les praticiens, notamment lorsque a été adopté un fonctionnement non hiérarchique autorisant la prise de parole de l'ensemble des médecins participants.

Du côté des **médecins généralistes**, exerçant essentiellement en ambulatoire, l'**acceptation des recommandations reste inégale** (encadré 2). Des réticences persistent chez certains médecins appartenant aux générations les plus âgées, qui assimilent parfois cet outil aux références médicales opposables. Les recommandations sont surtout perçues comme un **moyen supplémentaire d'encadrement des pratiques** : de nombreux professionnels y voient une menace pour leur autonomie et une tendance à la standardisation des pratiques qui serait en contradiction avec l'exigence d'une prise en charge individuelle et adaptée aux besoins du patient.

Certains médecins généralistes considèrent, quant à eux, que l'outil est pertinent. Il présente cependant des difficultés, liées notamment à son **obsolescence** rapide et à son **contenu** : portant essentiellement sur des pathologies spécifiques, les recommandations **seraient moins directement mobilisables par des médecins généralistes** ou des pédiatres qui doivent établir des diagnostics à partir de symptômes flous ou prendre en charge des cas complexes, souvent polyopathologiques.

Encadré 2

Réception des recommandations par les professionnels : résultats d'une enquête auprès de médecins généralistes⁽²⁴⁾

L'étude de la DREES de 2009 montre des disparités de réception selon les pathologies, le profil des médecins et les cinq régions de France retenues dans l'enquête.

Plus de la moitié des médecins du panel connaissent et utilisent beaucoup les guides de bonnes pratiques ; ils exercent davantage en cabinet de groupe, reçoivent moins de visiteurs médicaux et sont en moyenne plus jeunes que les autres. Près d'un autre tiers adhèrent aux recommandations tout en étant plus critiques : ils les jugent en général trop nombreuses et d'accès coûteux en temps. Près d'un médecin sur dix connaît et utilise beaucoup moins les recommandations : ces praticiens disent obtenir leurs informations de la part des visiteurs médicaux.

Les différences entre pathologies restent importantes : la recommandation sur les dyslipidémies est connue et utilisée à plus de 80 % par les médecins du panel ; pour l'obésité de l'enfant, près de 45 % des médecins déclarent la connaître et 30 % l'utiliser.

■ Un outil parfois suspecté de servir des intérêts particuliers

Si la méfiance vis-à-vis des recommandations s'est estompée avec la création de la HAS et l'arrivée de nouvelles générations, la **légitimité de cet outil est régulièrement mise en cause** en France⁽²⁵⁾, comme dans d'autres pays. La **composition des groupes de travail cristallise les critiques** et détermine le crédit que les professionnels accorderont à la recommandation. De nombreux **conflits d'intérêts** ont été dénoncés, aboutissant parfois au retrait de recommandations, comme en 2011 dans le contexte spécifique de l'affaire du Médiateur⁽²⁶⁾.

L'**appartenance professionnelle des experts est également cruciale**. Les recommandations constituent des enjeux en termes de **rapports de force entre segments professionnels distincts**⁽²⁷⁾, comme en témoigne le récent débat autour de la prise en charge de l'autisme⁽²⁸⁾. Les enjeux sont aussi de **nature financière**, toute modification du mode de prise en charge pouvant se traduire par des gains ou des pertes de revenus pour certains professionnels de santé. La surreprésentation d'une spécialité médicale peut ainsi conduire à mettre en doute la légitimité d'une recommandation pour certains professionnels.

■ Un outil dont l'accès peut encore être amélioré

Les recommandations étant conçues en France essentiellement comme un état de l'art scientifique, la question de leur mise en œuvre a longtemps été éludée par les producteurs⁽²⁹⁾. Au cours des dernières années, le **format des recommandations s'est cependant diversifié et le contenu s'est simplifié** pour répondre à l'exigence de rapidité et de simplicité de lecture pour les médecins. À chaque recommandation correspondent plusieurs supports : un document complet (plus d'une cinquantaine de pages), une synthèse (4 à 8 pages) et, depuis 2011, un document interactif ("reco2 clics") qui permet une lecture ciblée. Pour certaines, l'assurance maladie propose sur son site des "mémos" (une page recto verso synthétique).

[23] *Ibidem*.

[24] Cet encadré s'appuie sur Guerville M.-A., Paraponaris A., Régi J.-C., Vaissade L., Ventelou B. et Verger P. (2009), "Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations des bonnes pratiques", DREES, *Études et résultats*, n° 708.

[25] Par exemple, la revue *Prescrire* a une rubrique spécifique pour commenter et exercer une vigilance sur les recommandations publiées par la HAS.

[26] En 2011, huit recommandations ont été abrogées ou suspendues pour défaut de prise en compte des conflits d'intérêts. La première a été abrogée à la suite de la décision du Conseil d'État, saisi par l'association Formindep (décision n° 334396 du 27 avril 2011). Les six autres ont été suspendues par la HAS pour des raisons similaires. Éditorial (2012), "Guides de pratique clinique : gare aux malfaçons", *Prescrire*, n° 339.

[27] Entre médecins généralistes et spécialistes, entre spécialistes, entre médecins et paramédicaux, etc.

[28] À la suite de la publication, le 8 mars 2012, de la recommandation suivante : HAS (2012), *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*.

[29] Certains acteurs, comme l'assurance maladie, ont cependant développé des dispositifs en ce sens. Polton D. et al. (2007), "Peut-on améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prescription médicamenteuse ?", *Revue française des affaires sociales*, n° 3-4.

Avec la multiplication des référentiels et des supports, l'organisation de leur accès constitue aujourd'hui un enjeu important. Aucun site public ne rassemble toutes les recommandations et celui de la HAS reste peu ergonomique, même si des projets en cours devraient rendre ces recommandations plus accessibles aux professionnels, via leurs smartphones ou leurs tablettes. Certaines initiatives d'acteurs privés surmontent pour partie cette difficulté en proposant des outils plus adaptés à la pratique des professionnels⁽³⁰⁾.

Dans d'autres pays, les sites internet permettent un accès simple aux professionnels comme aux usagers. En Angleterre, un site unique regroupe l'ensemble des recommandations produites par le NICE (encadré 3). En particulier, l'outil *Clinical Pathways* assure en ligne un accès ordonné sous forme d'arbres à l'ensemble des documents produits par l'agence sur une thématique donnée.

Encadré 3
Simplifier l'accès à tous : l'exemple du NHS-Evidence britannique



Depuis 2009, ce site⁽³¹⁾ regroupe l'ensemble des recommandations produites par le NICE dans le domaine de la santé et du social (avec des entrées par pathologies et par production), intègre les *Clinical Pathways* et donne un accès direct aux données de la littérature scientifique. Des expériences concrètes qui améliorent la qualité de la prise en charge et la productivité sont également en ligne, avec leurs évaluations et des informations sur leurs conditions de mise en œuvre. Une barre d'outils de recherche sur le site est téléchargeable, offrant un accès rapide et simplifié aux professionnels comme aux usagers.

Pour que le recours à la recommandation se banalise, il conviendrait de faire évoluer cet outil pour mieux concilier les objectifs de qualité des pratiques, de sécurité des soins et d'efficacité des prises en charge et répondre aux besoins des professionnels, de l'usager et de l'assurance maladie, tout en combinant les incitations pertinentes pour les professionnels.

REPENSER LA RECOMMANDATION POUR CONCILIER RIGUEUR SCIENTIFIQUE ET SIMPLICITÉ D'UTILISATION

Pour concilier des exigences en termes de rigueur scientifique et de simplicité d'utilisation, la nature de la recommandation devrait évoluer. Cet outil gagnerait à être conçu en deux volets complémentaires. Un premier volet "état de l'art" serait proche du format actuel des recommandations. Un second volet "interactif" regrouperait des produits "périphériques", déjà existants et nouveaux, visant à décliner dans la pratique professionnelle la recommandation.

Faire évoluer la recommandation "état de l'art"

■ Modifier le contenu

Pour être plus utiles aux médecins généralistes, les recommandations gagneraient à porter davantage sur des cas complexes à traiter. D'une part, selon certaines organisations professionnelles notamment⁽³²⁾, la prise en charge de patients polypathologiques devrait faire l'objet de recommandations spécifiques. Ces situations obligent en effet l'omnipraticien à hiérarchiser les priorités entre différentes prises en charge recommandées. Certains professionnels considèrent au contraire que ce travail de hiérarchisation constitue le cœur de leur métier. En pratique, de telles recommandations semblent délicates à produire du fait d'un manque d'études et de données disponibles, même si elles seraient d'une utilité majeure⁽³³⁾. Une solution partielle à encourager consiste à traiter certaines thématiques de façon transversale, comme le font les récents travaux de la HAS sur la polymédication des personnes âgées⁽³⁴⁾ par exemple.

Les recommandations devraient, d'autre part, davantage porter sur des pathologies pour lesquelles les données

[30] Par exemple, le site proposé par Vidal (www.vidalrecos.fr). Il donne un accès payant à 165 recommandations sous la forme d'arbres de décisions et de textes, ainsi qu'à des recommandations internationales.

[31] "Evidence in Health and Social Care", <https://www.evidence.nhs.uk/>.

[32] Cette demande est en particulier portée par le Collège de médecine générale.

[33] Des études montrent que, pour un patient atteint de multiples pathologies, suivre les recommandations pour chacune d'entre elles peut être préjudiciable à l'état de santé du patient. Boyd C.M., Darer J.D., Boulton C., Fried L.P., Boulton L. et Wu A.W. (2005), "Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance", *Journal of American Medical Association*, vol. 294, n° 6.

[34] Dans le cadre de l'élaboration d'indicateurs de qualité.

disponibles sont peu abondantes et devant lesquelles le médecin peut se sentir relativement démuné. Il serait pertinent que la HAS s'oriente plus clairement vers ce travail de défrichage de sujets émergents qu'elle seule peut avoir la légitimité de mener.

Au-delà de l'approche centrée sur une pathologie particulière, un des enjeux aujourd'hui est de développer des recommandations plus transversales prenant en considération l'ensemble du parcours de soins⁽³⁵⁾, du domicile à l'hôpital, afin de mieux répondre aux besoins des usagers et de l'assurance maladie. Cette approche en termes de trajectoire vise à intégrer des éléments de nature plus organisationnelle (lieu de prise en charge, type de professionnel intervenant, etc.). Un des risques parfois évoqués est que ces précisions conduiraient à rigidifier les pratiques existantes, notamment en ce qui concerne la répartition des rôles entre professionnels de santé.

Cette nouvelle orientation s'est traduite par la publication, en mai 2012, des premiers "guides parcours de soins"⁽³⁶⁾, renouvelant les précédents "guides affections de longue durée destinés aux médecins". L'objectif est d'améliorer la coordination des prises en charge et la sécurité des soins en ciblant les points critiques, tout en favorisant l'implication du patient. Il s'agit alors de veiller à l'opportunité de l'acte de soins⁽³⁷⁾. Dans cette même perspective, des indicateurs de pratique clinique sont développés par la HAS afin d'évaluer les points clés de l'ensemble d'une prise en charge, en termes d'efficacité, de sécurité et d'accès aux soins, au regard des recommandations existantes : par exemple, en cas d'accident vasculaire cérébral, neuf repères sont établis, dont l'entrée dans la filière de prise en charge par le 15 ou encore l'orientation optimale après la phase aiguë. Si la démarche est reconvenue comme efficace, très peu de registres de données sont aujourd'hui disponibles, du fait des coûts liés à la collecte des données.

■ Diversifier les expertises mobilisées

De telles évolutions supposent de ne plus s'appuyer uniquement sur la "médecine fondée sur les preuves", mais d'avoir davantage recours à une pluralité d'expertises de nature médicale, paramédicale, médico-sociale, sociologique, économique, etc. Cela nécessite de considérer des savoirs moins codifiés, plus complexes à inscrire dans des protocoles de recherche, mais fondamentaux pour juger de la pertinence d'une prise en charge :

par exemple, l'expertise du médecin généraliste ou du pédiatre qui se fonde surtout sur des approches globales (adaptation d'un traitement en fonction de l'environnement social et économique du patient), ou encore l'expertise de l'usager sur sa maladie et sa prise en charge concrète.

Cela suppose également de favoriser une diversification effective de la prise de parole au sein des groupes de travail lors de la production de la recommandation. Pluridisciplinaires sur le papier, les groupes de travail fonctionnent de façon variable dans les faits : considérer les différentes expertises tient tout autant au rôle joué par le président du groupe qu'à la capacité qu'ont les experts à formuler leur point de vue de manière à le rendre légitime.

En ce sens, une solution à moyen terme résiderait en un soutien spécifique à certains participants du groupe de travail (par exemple, représentants de patients ou certains professionnels de santé). Concernant les représentants de patients, les associations se chargent de leur formation en France tandis qu'en Angleterre par exemple, ce sont les équipes du NICE qui leur apportent un soutien spécifique. Concernant les professionnels de santé, un renforcement de la filière d'enseignement et de recherche en soins primaires et son ouverture à une diversité de professionnels de santé⁽³⁸⁾ pourraient contribuer, à plus long terme, à mieux faire entendre les omni-praticiens et les professionnels paramédicaux.

À court terme, alors que le groupe de travail est le plus souvent présidé par un médecin spécialiste, le principe d'une coprésidence assurée par un médecin généraliste pourrait être retenu plus systématiquement : en favorisant une meilleure prise en compte de l'expertise clinique, elle renforcerait la légitimité du groupe de travail. Celle-ci pourrait être par ailleurs confortée si les critères retenus pour composer le groupe de travail étaient explicités, en complément de la liste des membres et de leurs déclarations d'intérêts déjà existante⁽³⁹⁾, tant l'enjeu de la composition du groupe est crucial.

PROPOSITION 1

Renforcer la légitimité des groupes de travail qui élaborent les recommandations :

- en adoptant le principe d'une coprésidence du groupe assurée par un médecin généraliste ;

[35] Ainsi que le soulignent plusieurs acteurs comme le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : HCAAM (2012), *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM*, avis adopté à l'unanimité le 22 mars 2012, p. 17.

[36] Les quatre publiés portent sur la bronchopneumopathie chronique obstructive, la maladie de Parkinson, la maladie rénale chronique et l'insuffisance cardiaque.

[37] La HAS s'est d'ailleurs vu attribuer pour mission supplémentaire, à compter de 2012, d'évaluer la pertinence des soins et des actes.

[38] Anger E., Gimbert V. et al. (2011), "Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre les professionnels de santé", *La note d'analyse*, n° 254, Centre d'analyse stratégique.

[39] Qui assure déjà une certaine transparence, même si le respect de ces règles reste à parfaire, comme l'ont montré les exemples récents mentionnés note 25.

- en explicitant les choix relatifs à la composition des groupes dans le texte des recommandations (en complément de la liste d'experts déjà existante).

(Vers une nouvelle génération de recommandations interactives ?

L'adjonction d'un volet "interactif" à cette recommandation "état de l'art" rendrait l'outil évolutif en mettant à disposition des différents utilisateurs des moyens complémentaires.

D'une part, des données mettraient en perspective le volet "état de l'art" : références publiées après la recommandation, données de nature médico-économique. La question du coût des traitements, relativement à leurs bénéfiques, pourrait ainsi être mieux prise en compte par le professionnel et le patient au moment du choix d'une thérapeutique. Une telle option invite à **reposer la question de la place à accorder à l'expertise médico-économique**, même si celle-ci est délicate du fait du relatif manque de données disponibles. Si la HAS a choisi jusqu'ici de ne pas intégrer cette expertise en amont de la production⁽⁴⁰⁾, certaines évolutions récentes semblent aller dans le sens d'une meilleure prise en compte des aspects médico-économiques⁽⁴¹⁾. Cette question mériterait d'être débattue avec l'ensemble des acteurs dans un contexte de contraintes budgétaires fortes et durables⁽⁴²⁾.

D'autre part, ce volet pourrait offrir un **accès réservé aux professionnels de santé** qui auraient ainsi la **possibilité de réagir aux recommandations** (suggestions sur les éventuels points manquants, sur les sujets à traiter, etc.). En identifiant ainsi mieux les attentes des professionnels, les producteurs de recommandations pourraient ainsi, dans la mesure du possible, davantage en tenir compte.

Au-delà de cet accès réservé, les **recommandations** ainsi **refondées devraient être accessibles à tous, notamment aux usagers**. Si certains outils leur sont déjà dédiés (comme les guides pour les patients atteints d'affections de longue durée), **cette orientation vers les usagers reste à développer** pour contribuer à une meilleure éducation en santé des citoyens. Par ailleurs, cela constituerait un **levier d'action efficace pour inciter les professionnels à mieux se référer aux recommandations et améliorer la qualité de la prise en charge**. En Angleterre, les associations de patients mobilisent par exemple les guides du NICE pour exiger des prises en charge de

meilleure qualité. Un portail web dédié aux recommandations, accessible à l'ensemble des acteurs, serait une solution à promouvoir. Cela nécessiterait une collaboration étroite entre pouvoirs publics et acteurs privés, certaines offres pertinentes existant déjà pour les professionnels.

PROPOSITION 2

Faire évoluer la nature des recommandations afin de mieux concilier rigueur scientifique et simplicité d'utilisation en distinguant :

- un volet "état de l'art" correspondant au format actuel des recommandations ;
- un volet "interactif" regroupant des informations actualisées, des données médico-économiques, et permettant de recueillir les remarques des professionnels.

De telles évolutions devraient contribuer à favoriser une **production plus itérative des recommandations**, les retours sur leur utilisation concrète étant pris en considération pour produire des outils périphériques adaptés. En reconnaissant la pertinence d'avis jusqu'ici peu pris en compte, un tel dispositif permettrait de concilier des exigences en termes de rigueur scientifique et d'utilisation concrète, ce qui pourrait favoriser l'**appropriation des recommandations** par les professionnels.

COMBINER LES INCITATIONS EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Plusieurs leviers d'action gagneraient à être combinés pour encourager les professionnels à mobiliser plus systématiquement les recommandations, notamment la formation, l'organisation des soins, la rémunération et les logiciels informatiques.

(Formation des professionnels et organisation des soins

La formation est un levier majeur de ce point de vue. Grâce à la **formation initiale, les jeunes générations de médecins** identifient relativement bien la HAS et ont régulièrement recours à ses productions⁽⁴³⁾. L'agence leur



[40] En 2008, alors que la HAS déploie et renforce une expertise médico-économique pour ses autres activités, l'idée d'y avoir recours pour produire des recommandations a été écartée au motif que ces dernières visent à améliorer la qualité des pratiques.

[41] Par exemple, la mise en place d'une commission spécialisée "chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces" [loi du financement de la sécurité sociale pour 2012, art. 47].

[42] D'autant que, d'après le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, l'ensemble des acteurs semble avoir adopté, depuis quelques années, une approche plus responsable et globale du problème de la maîtrise de la dépense publique. HCAAM (2007), *Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux*.

[43] En particulier, les guides affections de longue durée. Guerville M.-A. (2009), *op. cit.*

propose d'ailleurs une rubrique sur son site dédiée à la préparation au concours de l'internat⁽⁴⁴⁾.

Pour les générations déjà en exercice, les contacts de l'assurance maladie avec les professionnels de santé (via les délégués de l'assurance maladie et les médecins conseils) pourraient être plus systématiquement l'occasion de les informer sur les recommandations et mériteraient d'être davantage développés en lien avec la HAS. En effet, ces rencontres en face à face sont reconnues comme un des modes d'action les plus efficaces pour influencer sur les pratiques des médecins⁽⁴⁵⁾.

La formation continue peut également jouer un rôle fondamental. La diffusion des recommandations était jusqu'alors rendue délicate du fait de la forte implication des industries pharmaceutiques dans le financement de la formation continue⁽⁴⁶⁾. La réforme du développement professionnel continu, mise en œuvre à partir de 2012, devrait ouvrir de nouvelles perspectives. D'une part, le financement devrait être essentiellement assuré par les employeurs, l'État et l'assurance maladie, et par une partie de la taxe majorée sur l'industrie des produits de santé.

D'autre part, cette réforme pourrait être l'occasion d'**encourager** les démarches réflexives des praticiens. Aujourd'hui, des **groupes de réflexion sur les pratiques des médecins** existent dans certains territoires et sous des formes multiples (groupes de pairs, groupes de qualité, etc.)⁽⁴⁷⁾. Regroupant une dizaine de médecins volontaires au niveau local, ces dispositifs ont pour objectif commun l'amélioration des pratiques médicales. Des réunions régulières sont organisées entre pairs afin que les médecins échangent sur leurs pratiques à partir de l'analyse de cas concrets en s'appuyant sur les recommandations disponibles. Appréciés par les professionnels qui y participent, ces groupes de pairs sont reconnus comme un outil efficace en termes de formation continue⁽⁴⁸⁾, facilitant en particulier l'appropriation des recommandations par les professionnels. Ils gagneraient à être développés et à s'ouvrir à d'autres professionnels, notamment aux pharmaciens, à l'image de ce qui s'observe aux Pays-Bas pour inciter les médecins généralistes à développer une pratique de prescription de médicaments adaptée (encadré 4).

Encadré 4

Des pratiques de prescription des médecins généralistes contrastées : comparaison France et Pays-Bas⁽⁴⁹⁾

Tandis que la France est l'un des pays européens où la consommation de médicaments par habitant est la plus élevée et où la délivrance d'une ordonnance à l'issue d'une consultation est très courante, les Pays-Bas se caractérisent au contraire par des chiffres de consommation et de prescription faibles. **Aux Pays-Bas, les médecins suivent en général les recommandations en matière de prescription.** Édiktés par le collège néerlandais de médecins généralistes dans le cadre d'une politique de rationalisation des soins et de responsabilisation du patient, ces standards favorisent les conseils d'hygiène de vie, l'attente d'une évolution des symptômes plutôt que la prescription immédiate d'un médicament. **Les médecins généralistes suivent ces recommandations pour ne pas s'écarter de la pratique dominante :** presque tous participent à des **groupes de réflexion sur leurs pratiques de prescription**, composés de confrères mais aussi de pharmaciens d'officine. Ces groupes exercent un fort contrôle social sur leurs membres, le fait de prescrire différemment des autres pouvant conduire à une certaine marginalisation.

Plus largement, un **cadre d'exercice collectif est plus propice aux échanges entre praticiens "au quotidien"** et à un meilleur suivi des recommandations⁽⁵⁰⁾. Il serait en effet susceptible de créer une forme d'autorégulation, comme le montre l'exemple néerlandais. Plusieurs évolutions récentes vont dans ce sens : tendance au regroupement des professionnels – même s'il est de moins grande taille et moins pluriprofessionnel qu'ailleurs⁽⁵¹⁾ –, mise en place de structures collectives, notamment pluridisciplinaires avec les pôles et les maisons de santé, etc. Ces initiatives mériteraient d'être encouragées⁽⁵²⁾.

(Indicateurs et rémunération

Depuis les années 2000, **des dispositifs de rémunération à la performance** ont été mis en place dans plusieurs pays (Royaume-Uni, États-Unis, puis pays scandinaves). S'ajoutant aux modes de rémunération existants, ils visent notamment à récompenser le suivi des recommandations (encadré 5)⁽⁵³⁾.

[44] Qui regroupe l'ensemble des productions de la HAS pouvant éclairer les diverses thématiques du concours.

[45] Par exemple, ANAES (2000), *Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales*.

[46] Bras P.-L. et Duhamel G. (2008), *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*.

[47] Par exemple, en ne considérant que les groupes de pairs labellisés par la Société française de médecine générale, il y aurait près de 230 groupes de pairs en France qui concerneraient plus de 2 000 médecins.

[48] ANAES (2000), *op. cit.*

[49] Cet encadré s'appuie sur Rosman S. (2010), "Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas", in Bloy G. et Schweyer F.-X., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Paris, Presses de l'EHESP.

[50] Mousquès J. (2011), "Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ?", *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3.

[51] Mousquès J. (2011), *op. cit.*

[52] Pour des propositions, voir Anger E., Gimbert V. et al. (2011), *op. cit.*

[53] En vue de la révision prévue en 2012, le NICE a publié des propositions de modifications en août 2011.

Encadré 5

Au Royaume-Uni, un système de paiement à la performance sophistiqué pour des effets relativement modestes⁽⁵⁴⁾

En 2004, un dispositif de rémunération à la performance est mis en place dans le cadre d'une politique de transparence et d'information du patient sur la qualité de l'offre de soins (*Quality and Outcomes Framework*). Il s'agit d'encourager les cabinets médicaux à assurer un suivi de leur patientèle conforme aux recommandations nationales. Aujourd'hui, les quelque cent quarante indicateurs retenus portent sur la qualité des soins, l'organisation des cabinets, la satisfaction du patient et les services additionnels. Ces indicateurs, au départ peu exigeants, ont été réajustés. Depuis 2010, le NICE participe à leur révision et à leur élaboration.

Les effets mesurés sur la qualité paraissent toutefois modestes : positifs pour certaines pathologies (asthme et diabète), ils semblent souvent accélérer des tendances déjà à l'œuvre. Ce dispositif a contribué à la mise en place de bases de données sur la patientèle permettant d'améliorer le suivi du patient et, ainsi, la qualité des soins.

En France, l'assurance maladie propose depuis longtemps des incitations monétaires pour encourager le suivi des recommandations (contrats établis avec certains spécialistes afin de les engager à modifier leurs pratiques)⁽⁵⁵⁾. En 2011, a été mis en place un système de rémunération à la performance à destination des médecins généralistes⁽⁵⁶⁾ à partir d'une trentaine d'indicateurs. Les indicateurs de santé publique ont été choisis essentiellement selon l'importance de la pathologie concernée et selon les gains estimés liés à un meilleur suivi des recommandations existantes. Ils portent sur le suivi des pathologies chroniques (diabète), sur la prévention (dépistage du cancer du sein) et l'optimisation des prescriptions de médicaments.

Un tel dispositif suppose un investissement conséquent dans la collecte de données, comme le montre le système anglais dans lequel les cabinets médicaux ont été impliqués. Dans le système français, même si la liste des indicateurs est amenée à s'étendre, ceux-ci sont établis à partir des données de l'assurance maladie. La mesure de la qualité des pratiques est ainsi très partielle : seules sont prises en considération les prises en charge liées à une prescription médicamenteuse et à un remboursement. Sont de fait exclues de nombreuses pratiques,

difficiles à tracer et à transcrire dans un indicateur, comme l'éducation à la santé (conseils prodigués en matière d'hygiène alimentaire et de vie). Cela pourrait conduire à un moindre investissement des professionnels sur ces pratiques non valorisées par un tel dispositif, alors qu'elles contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population. Enfin, pour que la rémunération à la performance reste incitative, le réajustement des indicateurs doit être suffisamment régulier.

Au-delà de ces difficultés, le système présente l'intérêt d'offrir aux omnipraticiens une meilleure connaissance de leurs pratiques, via la transmission d'une synthèse des données relatives aux indicateurs retenus. Cette connaissance est primordiale pour que le praticien fasse évoluer ses pratiques. Surtout, ont été retenus dans le dispositif actuel des indicateurs de nature organisationnelle : certains visent à inciter les professionnels à s'informatiser et à s'équiper, par exemple d'un logiciel d'aide à la prescription, outil potentiellement décisif pour faire évoluer les pratiques.

(Logiciels informatiques

L'intégration des recommandations dans un logiciel métier ou dans des dispositifs de rappel automatique serait enfin un moyen efficace pour inciter les professionnels à suivre les recommandations. De nombreuses études montrent que ces outils ont de réels impacts sur les pratiques⁽⁵⁷⁾. Les arrêts de travail dématérialisés de l'assurance maladie reposent par exemple sur ce principe : pour une situation donnée, le logiciel indique automatiquement la durée recommandée de l'arrêt, le professionnel pouvant la modifier manuellement. La recommandation pourrait être insérée *a minima* sous la forme d'un lien d'accès au document ou, idéalement, être intégrée aux fonctionnalités du logiciel.

Si le développement de tels logiciels constitue un défi pour les années à venir, des évolutions vont déjà dans ce sens. La convention médicale signée entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins en 2011 semble avoir donné une impulsion supplémentaire en faveur d'une informatisation des cabinets médicaux. Des formes de concertation plus structurées entre syndicats de médecins et éditeurs de logiciels se mettent en place. L'obligation de certification pour tous les logiciels ayant une fonctionnalité d'aide à la prescription médicale ou à la dispensation des médicaments⁽⁵⁸⁾ est également un

[54] L'encadré s'appuie sur les travaux de Bras P.-L. et Duhamel G. (2008), *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*, IGAS, La Documentation française. Voir aussi Bernstein D. (2008), "Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre", *Points de repère*, n° 17, Caisse nationale de l'assurance maladie.

[55] Polton D. et al. (2007), *op. cit.*

[56] L'extension de ce système est en cours pour les médecins spécialistes.

[57] Ces dispositifs seraient, avec la visite à domicile, évalués comme les plus efficaces. ANAES (2000), *op. cit.* En termes de prescription par exemple, les logiciels métiers permettraient en particulier de temporiser les effets des visiteurs médicaux. Bras P.-L., Ricordeau P., Roussille B. et Saintoyant V. (2007), *L'information des médecins généralistes sur le médicament*, IGAS, Paris (voir l'annexe sur les logiciels d'aide à la prescription et les bases de données médicamenteuses).

[58] Loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

élément structurant : ce processus, assuré par la HAS, vise à améliorer la sécurité des prescriptions, à faciliter le travail du prescripteur. Enfin, alors que l'intégration des recommandations dans un logiciel suppose de disposer de messages simples, certains acteurs privés se sont engagés dans ce travail de "traduction" des recommandations en proposant des outils qui facilitent la tâche des éditeurs de logiciels.

Pour autant, des difficultés demeurent. L'engagement des différents acteurs dans cette voie n'est pas toujours coordonné. En particulier, les éditeurs ont une multiplicité d'interlocuteurs du côté des pouvoirs publics : HAS, assurance maladie, Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP), etc. Quelques initiatives, par exemple les arrêts de travail dématérialisés de l'assurance maladie, n'étaient pas compatibles avec certains logiciels métiers utilisés par les médecins. Une autre difficulté renvoie à l'éclatement de l'offre d'éditeurs de logiciels de petite, voire très petite taille, ce qui complexifie encore l'exigence d'interopérabilité. Or la forte contrainte de temps à laquelle sont soumis les médecins libéraux suppose de proposer des logiciels interopérables et simples d'utilisation.

Afin d'accélérer les évolutions en cours, les exigences en termes de certification des logiciels pourraient inclure la nécessité d'intégrer les recommandations les plus importantes, sélectionnées conjointement par la HAS et l'assurance maladie.

PROPOSITION 3

Conditionner l'obtention de la certification pour les logiciels d'aide à la prescription à l'intégration des principales recommandations liées aux médicaments dans l'outil informatique.

CONCLUSION Pour que la recommandation soit un vecteur de changement des pratiques, elle doit, en premier lieu, parvenir à concilier les intérêts des professionnels de santé, de l'assurance maladie et de l'utilisateur, c'est-à-dire satisfaire des exigences en termes de rigueur scientifique et d'utilisation concrète.

Cela suppose que l'expertise sur laquelle la recommandation se fonde soit plus diversifiée et que des informations liées à des retours d'expériences ou à des données de nature médico-économique soient accessibles en complément de la recommandation "état de l'art".

La recommandation doit, en second lieu, être combinée à des dispositifs incitatifs cohérents entre eux. Si le logiciel informatique est susceptible d'intégrer des préoccupations de coûts et de qualité, sa conception suppose une concertation des divers acteurs.

Encourager les professionnels à développer un regard critique sur leurs pratiques, rendre plus collectif leur cadre d'exercice ou encore impliquer davantage l'utilisateur constituent également des leviers d'action décisifs pour faire évoluer les pratiques dans le sens d'une meilleure qualité des soins⁽⁵⁹⁾.

► **Mots clés :** recommandations, médecins, patients, qualité des soins, aide à la décision.



Virginie Gimbert,
département Questions sociales

[59] Remerciements : R. Bataillon (HAS), D. Benamouzig (CNRS), G. Bloy (Université de Bourgogne), C. Boissy (ISNAR), F. Bousquet (CNAMTS), P. Castel (CNRS), T. Demerens (CNAMTS), E. Deso (DSS), J.-F. Forget (Vidal), C. German (Vidal), M. Laurence (HAS), C. Leicher (MG-France), A. Leperre-Desplanques (HAS), F. Macbeth (NICE, Angleterre), F. Mambrini (édition logiciels), J. Mousques (IRDES), P. Pfister (CNAMTS), O. Rames (CNAMTS), J.-F. Rey (CSMF), S. de Robine (HAS), S. Rosman (INSERM), T. de Saint-Pol (INSEE), S. Salgado (DSS), V. Salomon (DGOS), I. Schapira (DSS), P. Tisserand (FNI), E. Weickert (Goethe-Universität Frankfurt-am-Main, Allemagne), S. Wilde (NICE, Royaume-Uni).



DERNIÈRES
PUBLICATIONS
À CONSULTER

sur www.strategie.gouv.fr, rubrique publications

Notes d'analyse :

- N° 290 ■ **Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ?** (octobre 2012)
- N° 289 ■ **Médecine prédictive : les balbutiements d'un concept aux enjeux considérables** (octobre 2012)
- N° 288 ■ **Pour une complémentarité du rail, de la route et du fleuve au service du transport de marchandises** (septembre 2012)
- N° 287 ■ **Une analyse des stratégies de désendettement public** (septembre 2012)
- N° 286 ■ **Convergence des économies européennes : vingt ans après** (septembre 2012)
- N° 285 ■ **La croissance chez les grands émergents : convergences et tensions** (septembre 2012)
- N° 284 ■ **L'ajustement de l'emploi pendant la crise. Une comparaison internationale et sectorielle** (septembre 2012)

Retrouvez les dernières actualités du Centre d'analyse stratégique sur :

-  Internet : www.strategie.gouv.fr
-  Facebook : [centredanalysestrategique](https://www.facebook.com/centredanalysestrategique)
-  Twitter : [Strategie_Gouv](https://twitter.com/Strategie_Gouv)



La Note d'analyse n° 291 - octobre 2012 est une publication du Centre d'analyse stratégique

Directeur de la publication : Vincent Chriqui, directeur général

Directeur de la rédaction : Hervé Monange, directeur général adjoint

Secrétaires de rédaction : Delphine Gorges
Valérie Senné

Dépôt légal : octobre 2012
N° ISSN : 1760-5733

Contact presse : Jean-Michel Roullé, responsable de la communication
01 42 75 61 37 / 06 46 55 38 38
jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr



Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'éclairer le gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale et technologique. Il préfigure, à la demande du Premier ministre, les principales réformes gouvernementales. Il mène par ailleurs, de sa propre initiative, des études et analyses dans le cadre d'un programme de travail annuel. Il s'appuie sur un comité d'orientation qui comprend onze membres, dont deux députés et deux sénateurs et un membre du Conseil économique, social et environnemental. Il travaille en réseau avec les principaux conseils d'expertise et de concertation placés auprès du Premier ministre : le Conseil d'analyse économique, le Conseil d'analyse de la société, le Conseil d'orientation pour l'emploi, le Conseil d'orientation des retraites, le Haut Conseil à l'intégration.

www.strategie.gouv.fr