

Concertation sur l'avenir de l'assurance maladie

Groupe de travail n°6

La qualité de la prescription et le bon usage du médicament

Séance du 1^{er} avril 2004

1. Quelles sont les pistes d'amélioration en matière de formation des professionnels de santé sur la qualité de la prescription ?

➤ Sur la formation médicale initiale :

Un consensus semble se dégager sur les carences de la formation médicale initiale. Est notamment mentionnée la part nettement insuffisante des enseignements dévolue à la thérapeutique (entre 6 mois et un an), et, plus spécifiquement, l'absence de formation à la prescription en dénomination commune ou à l'analyse critique de la presse professionnelle et des résultats d'essais cliniques.

➤ Sur la formation médicale continue (FMC) :

- Les avis divergent sur ce que recouvre la formation médicale continue :
 - certains participants considèrent qu'outre la participation à des groupes de formation, la formation médicale continue peut passer par la lecture de la presse scientifique, des groupes informels ou d'autres procédés qui ne sont pas comptabilisés dans les statistiques de l'assurance maladie ;
 - d'autres participants insistent au contraire sur la distinction entre formation et information.
- Certains participants rappellent que la formation médicale continue est rendue obligatoire par la loi mais que les pouvoirs publics n'appliquent pas cette obligation. Est également évoqué le fait que la formation médicale continue exige des moyens et nécessite que les médecins y consacrent du temps alors que la part de temps de formation médicale continue remboursée est très faible.
- Plusieurs participants soulignent le fait que la formation médicale continue doit être indépendante de l'assurance maladie dont les intérêts ne sont pas toujours superposables à ceux des patients et qui ne doit pas interférer dans la relation singulière entre le médecin et le patient. A l'inverse, d'autres participants soulignent les convergences qui existent entre les objectifs de l'assurance maladie et la santé des assurés.
- Est également mentionné le fait que la formation médicale continue doit être indépendante par rapport à l'industrie pharmaceutique. D'autres participants soulignent que c'est surtout l'absence d'évaluation des différents types de formation médicale continue qui pose problème.

- La piste d'une formation médicale continue interprofessionnelle est avancée, notamment entre médecins et pharmaciens : dans certaines situations, quand le prescripteur a omis certaines obligations réglementaires, le pharmacien ne peut assurer la dispensation, et une formation commune prenant en compte la dimension réglementaire permettrait de résoudre ce type de blocage.
- Est également évoquée l'expérimentation menée en Bretagne consistant à organiser des visites médicales indépendantes (Cf. : contribution *Information de proximité en médecine libérale*, URCAM de Bretagne).
- Sur l'efficacité de la formation médicale continue :
Selon certains participants l'évolution des pratiques passe avant tout par une autoévaluation des professionnels. D'autres participants notent que l'appropriation de la formation médicale continue nécessite du temps et dépend de la pertinence des référentiels au regard de la pratique courante des professionnels de santé. Enfin certains participants soulignent que l'efficacité d'une formation médicale continue dépend également des moyens qui sont offerts aux professionnels de mettre en œuvre ses enseignements.

2. A quels référentiels doit se référer la formation médicale continue ?

- Sur les informations figurant dans les AMM :
Le problème de l'absence d'indications pédiatriques dans les AMM est à nouveau évoqué. Plusieurs participants insistent sur la nécessité de ne pas s'en tenir aux seules indications figurant dans les AMM, qui sont élaborées exclusivement sur la base des dossiers fournis par les industriels, et regrettent que les pouvoirs publics ne disposent pas de plus de marge de manœuvre par rapport aux demandes des industriels.
- L'instance de validation des référentiels est l'ANAES mais elle n'est pas en mesure de fournir des référentiels dans tous les domaines.
L'accent est également mis sur le travail très lourd qu'exige la mise à jour régulière des référentiels.
- Certains participants notent que les référentiels disponibles sont souvent trop techniques, trop éloignés de la pratique des médecins et que par conséquent leur appropriation par les médecins se fait difficilement.
- Certains participants regrettent les modalités de présentation du dictionnaire VIDAL et souhaiteraient qu'un dictionnaire des médicaments par pathologies (et non par ordre alphabétique) soit disponible, sur le modèle du *British National Formulary*.
- Selon certains membres du groupe de travail, l'élaboration des référentiels ne doit pas s'appuyer seulement sur les données scientifiques disponibles : il faut tenir compte du fait que la prescription répond à d'autres facteurs (inquiétudes du patient par exemple). Est également évoquée la nécessité d'adapter les référentiels aux différences de pratique qui existent entre les spécialistes, notamment à l'hôpital, et la médecine de ville, mais cette distinction est contestée par certains participants. Il faut renforcer l'adéquation des référentiels à la pratique quotidienne. Il faudrait prévoir des allers-retours entre

référentiels et pratique, pour s'assurer de cette adéquation et ne pas appliquer les normes avant d'avoir testé leur pertinence.

- Sur la place du service médical de l'assurance maladie dans l'évaluation des pratiques :
Le service médical procède à des études post-AMM sur les pratiques réelles de prescription au regard de certains référentiels, qui peuvent faire l'objet d'une diffusion. Certains participants contestent la méthodologie de certaines de ces études notamment lorsque celles-ci n'associent pas les professionnels de santé.

3. Comment améliorer l'observance du patient ?

- Quel est le niveau d'observance des patients ?
Les avis divergent sur le degré d'observance du traitement par les patients : selon certains participants le niveau d'observance, mesuré à partir des retours de médicaments dans les officines, est relativement bon tandis que, selon d'autres participants, des études ciblées sur des pathologies chroniques ont montré des niveaux de non observance importants.
- Sur le dossier médical partagé
Selon certains participants, le dossier médical partagé est un outil susceptible de favoriser la bonne observance du patient : mais il pose de gros problèmes de confidentialité ; la mise en commun des informations recueillies en officine permettrait qu'un discours convergent soit tenu au patient par les différents professionnels de santé (médecin, pharmacien, infirmier, kinésithérapeute, etc.) et empêcherait des phénomènes tels que le nomadisme médical.
Cependant d'autres membres du groupe de travail considèrent que le dossier médical partagé constituerait une réponse extrême au problème de non coordination entre professionnels de santé et qu'il serait plus efficace d'améliorer la cohérence du système de soins et d'éduquer le patient sur la bonne pratique de ce système. En outre, certains soulignent les problèmes techniques, juridiques et éthiques que soulève le dossier médical partagé.
- Sur l'éducation du patient :
Certains participants se disent favorables à des actions d'information du patient par les médias grand public, en insistant sur la nécessité que cette information soit régulière et répétée. D'autres participants considèrent au contraire que le meilleur média est le médecin. Plusieurs participants insistent sur la nécessité, pour faire passer des messages auprès des patients, de disposer de relais de terrain. Est également évoquée la nécessité d'associer les associations d'usagers aux opérations d'information et de prévention.
D'autres pistes susceptibles d'améliorer l'éducation du patient sont également mentionnées : il est proposé, par exemple, de relancer le carnet de santé ou le médecin référent.