



ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE
16, RUE BONAPARTE - 75272 PARIS CEDEX 06
TÉL : 01 42 34 57 70 - FAX : 01 40 46 87 55
www.academie-medecine.fr

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie. L'Académie saisie dans sa séance du mardi 21 juin 2016, a adopté le texte de ce rapport avec 54 voix pour, 9 voix contre et 17 abstentions.

RAPPORT

PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

Redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste

Improving management of chronic diseases by generalist practitioner

Claude JAFFIOL, Pierre GODEAU, Bernard GROSBOIS (Rapporteurs)

Au nom de la commission XVI.

Mots clés : *maladies chroniques, médecine générale, observance, éducation thérapeutique, prévention, interdisciplinarité, télémédecine, télésanté.*

Key words : *chronic diseases, family medicine, compliance, therapeutic education, prevention, interdisciplinarity, e-medicine, e-health.*

Personnalités auditionnées

Prs Michel Aubier*, Bernard Bauduceau**, Albert Claude Benhamou*****, Jacques Bringer *, Alain Cordier (HAS), Bernard Devulder (Faculté de médecine de Lille), Pierre Louis Druais***, Pierre Fontaine**, Samy Hajadj**, Jean Pierre Michel*, Alexis Normand (Société Withings), Pierre François Plouin*, M. Gérard Raymond**** Daniel Séréni (Hôpital St Louis), Denis Vincent (CHU de Nimes).

* Académie nationale de médecine ** Société francophone du diabète *** Collège de médecine générale
**** Association française des diabétiques ***** Académie nationale de chirurgie.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en rapport avec le contenu de ce texte.

RÉSUMÉ

Les maladies chroniques sont la première cause de décès et la source principale des dépenses de santé. Leur dépistage précoce permet de limiter leur gravité évolutive et de réduire sensiblement leur coût. Mais, leur suivi thérapeutique se heurte à deux obstacles : le défaut fréquent d'observance du traitement par le patient et aussi, plus rarement, l'inadaptation thérapeutique à l'évolution clinique par le médecin. C'est pourquoi, il faut revoir fondamentalement la prise en charge du patient chronique pour le rendre autonome dans la gestion de sa maladie tout en donnant au praticien les moyens de gérer et de coordonner les diverses étapes de son parcours de soin. Cela exige de changer les mentalités de part et d'autre, mais aussi de donner au praticien les moyens financiers lui permettant de consacrer à ses patients plus de temps, au centre d'une nouvelle organisation interprofessionnelle. La prévention et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont les clés de cette révolution thérapeutique, fondée aussi sur l'éducation à la santé, une meilleure formation des professionnels de santé, un accès accru au numérique, mais aussi et surtout la reconnaissance, par des mesures concrètes, de la place du médecin généraliste dans un nouveau parcours de soins où il doit avoir un rôle central de coordination.

SUMMARY

Chronic diseases lead to most of deaths and health expenses in developed countries. Early diagnosis prevents these diseases from complications and decreases their cost.

Two factors may affect the quality of therapeutic control during the follow up: poor compliance in drug use by the patient and clinical inertia by the general practitioner, both leading to a reduced efficiency of therapy, increased complications and health expenses. Therapeutic education of the patients is the best response to improve the management of chronic diseases.

However, most practitioners are unable to assume all the steps of health's path including early diagnosis, prevention of chronic diseases, control and therapeutic education.

The reasons are the lack of formation, lack of time and financial difficulties.

To improve this situation we suggest:

- 1- *to include psychological, social and therapeutic education in the course of medical studies with a practical formation in urban and rural areas with a particular attention for deprived populations.*
- 2- *to develop therapeutic education and the use of e-health for general practitioners.*
- 3- *to improve the links between private and hospital practices.*
- 4- *to increase the number of medical centers including medical and paramedical practitioners participating to a global health network coordinated by the general practitioner .*

Les maladies chroniques sont la première cause de mortalité dans le monde, responsables de 63% des décès. En France, elles affectent environ 15 millions de personnes, soit 20 % de la population, parmi lesquelles 9 millions sont déclarées en affections de longue durée (ALD). Les populations précaires sont particulièrement concernées. Les maladies chroniques sont en expansion du fait de l'allongement de la durée de vie mais aussi à cause de nouveaux modes d'existence et de multiples facteurs environnementaux pathogènes.

Elles engendrent des incapacités, altèrent la qualité de vie et nécessitent des traitements de plus en plus coûteux qui les placent largement en tête des dépenses de santé, soit 65 milliards d'euros par an dans notre pays.

La prise en charge des maladies chroniques bénéficie du régime ALD qui assure un remboursement de l'ordre de 100 % pour 30 affections comportant un traitement prolongé. En fait, les malades doivent supporter un reste à charge correspondant à des soins exclus du forfait, source d'aggravation des inégalités sociales.

La prévention, le parcours de soins, l'éducation thérapeutique des patients et la responsabilité de chaque acteur dans la prise en charge des maladies chroniques ont déjà fait l'objet de nombreuses publications et propositions de la part d'institutions privées ou publiques.

Il ne s'agit donc pas de revenir sur ces questions bien étudiées (1,2,3), mais de se focaliser sur les obstacles que le médecin généraliste rencontre dans son rôle de coordonnateur, afin de proposer des solutions concrètes, économiquement réalisables et bénéfiques, à la fois, pour les patients, les praticiens de premier recours et l'assurance maladie.

A-MALADIES CHRONIQUES : quelle définition ?

De plus en plus fréquentes, évolutives, complexes et recouvrant de multiples affections, les maladies chroniques ne répondent que très partiellement aux définitions officielles.

Les approches par pathologie, couramment utilisées, sont de moins en moins adaptées aux considérations de santé publique où prédomine la prise en compte des coûts liés à des complications communes à des affections de nature différente. La définition de l'OMS, selon laquelle <<une maladie chronique est une affection de longue durée qui, en règle générale, évolue lentement >>, ne prend pas en compte tous les facteurs qui conditionnent la notion de chronicité.

En effet, la durée ne peut être considérée comme le seul critère sans tenir compte des conséquences

très différentes de maladies prolongées toute la vie mais peu handicapantes qui s'opposent à des pathologies d'évolution plus rapide qui hypothèquent lourdement la qualité de vie et la durée de la survie.

Les *Centers for Disease control and Prevention* (CDC) américains (4) les définissent comme des affections non transmissibles, de longue durée, qui ne guérissent pas spontanément et sont rarement curables. Or, certaines pathologies transmissibles ont, actuellement, une évolution très prolongée en raison de l'efficacité de traitements de plus en plus performants devenant, de ce fait, des maladies chroniques. On peut citer, à titre d'exemples, l'infection par le VIH et l'hépatite C.

Quatre pathologies occupent une place prioritaire en raison de leur prévalence et de leur forte implication dans les dépenses de santé :

- *de nombreux cancers d'évolution prolongée grâce à l'efficacité des méthodes diagnostiques et le développement de traitements performants,*
- *le diabète dont la prévalence et le coût ne cessent d'augmenter,*
- *les maladies cardiovasculaires,*
- *les affections neurologiques et psychiatriques.*
-

S'y ajoutent :

- *les maladies respiratoires chroniques (asthme et broncho-pneumopathie obstructive),*
- *les maladies rares nombreuses et souvent méconnues,*
- *les pathologies dermatologiques, hépato-gastro-entérologiques et rhumatologiques,*
- *l'insuffisance rénale terminale dialysée.*

B- LES PARCOURS D'OBSTACLES DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES PAR LE MEDECIN GENERALISTE.

Ces obstacles sont à l'origine de retards diagnostiques et de difficultés rencontrées par le médecin généraliste à toutes les étapes du parcours de soins.

Si les praticiens de premier recours doivent avoir un rôle prépondérant dans le suivi des maladies chroniques, il faut reconnaître que, du fait de leur complexité, ces pathologies ne peuvent plus, aujourd'hui, être efficacement prévenues, diagnostiquées et correctement traitées, en dehors d'un contexte pluri-professionnel.

Comment concevoir cette organisation en y intégrant à sa juste place le médecin généraliste ?

Peut-on le situer au cœur de ce nouveau parcours de soins, sans avoir redéfini les contours de sa mission et surtout les moyens qui doivent y être alloués?

1 – Les obstacles au dépistage et au diagnostic

Trois situations peuvent se présenter :

- *la plus facile*, en apparence, concerne des pathologies qui se présentent avec des symptômes caricaturaux (crises angineuses, insuffisance respiratoire majeure, etc...) paraissant inauguraux mais, en réalité, révélateurs d'une maladie chronique longtemps méconnue.
- *la plus fréquente* se réfère à des affections de diagnostic difficile en raison de leur symptomatologie atypique conduisant à des errances diagnostiques et des retards thérapeutiques préjudiciables pour le patient et coûteux pour l'Assurance Maladie;
- *la plus trompeuse* concerne des maladies chroniques asymptomatiques. Longtemps ignorées, elles se révéleront à un stade où, devenues irréversibles, apparaîtront des complications qui grèveront le pronostic fonctionnel et vital. Cette situation concerne de nombreuses affections que rencontrera souvent le médecin généraliste. Citons, à titre d'exemple, le diabète de type 2, les cardiopathies ischémiques silencieuses, les bronchopathies chroniques obstructives à leurs débuts, les apnées du sommeil. Leur dépistage précoce nécessite, de la part des praticiens de premier recours, un intérêt soutenu et une grande disponibilité pour engager de façon durable une politique efficace de prévention.

Face à ces difficultés diagnostiques, les principaux obstacles rencontrés par le généraliste sont l'isolement, le manque de temps et de moyens alors que l'approche de pathologies complexes exige suffisamment de disponibilité et un recours à des compétences multiples au sein d'un réseau de soins coordonné.

2 - Les difficultés dans le choix thérapeutique initial.

Si ce choix peut être facile lorsqu'il s'agit d'une affection où existent des schémas thérapeutiques validés, les décisions s'avèrent plus difficiles en cas de pathologies complexes, en particulier chez le sujet âgé. Toute prescription thérapeutique devra évaluer les risques liés à ses effets indésirables et éviter les poly-médications sources fréquentes d'inobservance. Les traitements engagés devront être personnalisés et contextualisés, ce qui suppose une parfaite connaissance du patient dans toutes ses composantes, économiques, psychologiques, familiales, professionnelles et sociales.

De nombreuses pathologies chroniques (cancer, diabète de type 1, asthme sévère, pied diabétique, insuffisance cardiaque ..), nécessiteront un avis spécialisé de même que le recours à de nouveaux médicaments de plus en plus coûteux et de manipulation difficile pour un médecin isolé..

A ce stade, seule une nouvelle organisation fondée sur l'inter-professionnalité et la mise en place de réseaux interdisciplinaires, permettra au médecin généraliste de rester le coordonnateur

indispensable du parcours de soins. Il jouera un rôle essentiel pour assurer un choix équilibré entre les multiples prescriptions spécialisées qui s'ignorent souvent au risque de créer de fâcheuses interférences.

Il pourra rester connecté avec divers spécialistes au sein d'un réseau local, régional ou à distance, bénéficiant, grâce à ces contacts, d'une actualisation de ses connaissances sur l'évolution exponentielle des progrès thérapeutiques.

3 – Les difficultés du suivi thérapeutique

La régularité du suivi des maladies chroniques est essentielle et doit souvent se poursuivre sur une très longue durée. Une grave erreur serait de considérer que le traitement initial sera maintenu sans adaptation tout au long du parcours de soins.

A ce niveau, deux difficultés essentielles peuvent se présenter :

- **La non observance thérapeutique**

Elle a des conséquences néfastes pour le patient, préjudiciables pour la santé publique et inflationnistes pour l'Assurance Maladie.

L'observance (5) est le degré d'application d'une prescription médicale par le malade (posologie, nombre et horaire des prises médicamenteuses, durée du traitement, recommandations associées). Un patient est considéré comme observant s'il prend au moins 80 % de son traitement. Dans les maladies chroniques, de multiples études confirment des taux d'observance insatisfaisants : 40 à 70 % dans l'hypertension artérielle, 60 % en moyenne dans le diabète de type 2, 50 % dans l'hypercholestérolémie, 30 à 67 % dans la polyarthrite rhumatoïde (5). Selon les estimations de l'OMS, l'observance globale des traitements est en moyenne de 50 % dans les pays développés, et assurément moindre encore parmi les populations précaires.

Le degré d'observance dépend à la fois du système de soins, du patient, de la maladie, du traitement et du médecin traitant...

Le système de soins conditionne les possibilités d'accès aux soins et d'achat des médicaments.

Le patient réagit différemment selon son âge, la lassitude liée à la prise au long cours de médicaments trop nombreux ou comportant des effets secondaires. Le manque de conviction dans les effets positifs du traitement, en particulier lorsque la maladie est asymptomatique ou pauci-symptomatique, et le désir d'autonomie considéré comme une expression du « libre arbitre » sont également des freins à une bonne observance.

Les modalités d'administration du traitement, le nombre et l'horaire des prises, la forme galénique, les difficultés de conservation peuvent aussi être ressenties comme des contraintes.

En France, la non-observance est responsable d'un accroissement de la mortalité (8 000 décès par an lui seraient imputables) ; elle est, également, à l'origine d'une augmentation des complications, des

rechutes de cancers, des rejets de greffes et favorise la survenue de résistances bactériennes et virales. Les ré-hospitalisations liées au défaut d'observance représentent un million de journées par an. Ce qui induit des coûts directs estimés à 9 milliards d'Euros par an en France, comprenant les complications, les ré-hospitalisations et le fait que 25 à 50 % des médicaments prescrits ne sont jamais pris par les patients.

Le médecin généraliste associé au réseau pluridisciplinaire de prise en charge des malades (incluant les paramédicaux, les pharmaciens, les aidants professionnels médico-sociaux et familiaux) est la clé d'une meilleure observance.

La première piste est l'amélioration de la prescription. Elle passe par l'information initiale du patient sur sa maladie et ses conséquences ainsi que sur le rapport bénéfice risque du traitement. A ce niveau, la qualité de la relation médecin- malade est un élément déterminant. Chez les patients poly-pathologiques, le rôle du médecin généraliste est essentiel dans la coordination des prescriptions faites par différents spécialistes, d'où l'importance de créer et de renforcer les liens entre le praticien de proximité et les autres professionnels de santé.

- **Le retard et les erreurs dans l'adaptation thérapeutique (6-7)**

Cette situation s'observe lorsque le praticien ne recourt pas ou tarde à recourir à des thérapeutiques efficaces en vue d'empêcher la survenue d'événements ou de complications indésirables. Il peut s'agir de prescriptions de médicaments, d'exams complémentaires, de recommandations hygiéno-diététiques etc...

En fait, il faut distinguer deux situations :

-*Dans la première*, le médecin n'applique pas des règles bien établies qu'il connaît parfaitement et qui ne comportent aucune contre-indication, par exemple, s'il n'intensifie pas le traitement d'un sujet diabétique mal équilibré, au risque de favoriser la survenue des complications spécifiques. Pour paradoxale qu'elle soit, cette attitude s'explique lorsque le médecin surestime la qualité des soins dispensés, ou se cantonne à l'application routinière d'une stratégie thérapeutique. Mais, il faut aussi incriminer le système de soins où le praticien se retrouve isolé, débordé, sans formation continue et insuffisamment informé du fait de l'absence de registre des patients et d'aide à la décision.

- *Dans la seconde*, c'est volontairement que le médecin n'applique pas les règles de bonne pratique, parce qu'il estime que l'état de son patient justifie ses choix thérapeutiques même s'ils contreviennent aux recommandations officielles. C'est le cas du diabète multi-complicé des personnes âgées ayant une hémoglobine glyquée élevée : alors que les règles de bonne pratique recommanderaient d'intensifier le traitement hypoglycémiant, les données de l'étude ACCORD (8) et l'expérience clinique vont au contraire inciter le praticien à ne pas risquer de provoquer un accident cardiovasculaire en majorant le risque hypoglycémique.

-Soulignons encore le risque que représente la multiplication inopportune de médicaments n'obéissant pas toujours aux règles de bonnes pratiques.

La non observance comme l'inadaptation thérapeutique sont essentiellement dues à une inadéquation de la place du médecin généraliste dans le parcours de soins :

- *En amont avec les médecins spécialistes ou l'hôpital*
- *En aval avec le patient suivi en ambulatoire*

- *La solution existe, l'éducation thérapeutique du patient.*

Encore faut-il la faire passer du stade abstrait où elle est bien établie à une mise en œuvre généralisée qui tarde faute de moyens logistiques et financiers.

4- Les obstacles à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) (9-10-11-12)

L'objectif de l'ETP est de rendre le malade plus autonome dans la gestion de son traitement en le responsabilisant.

Depuis 2009, la loi « Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires » (HPST) a institutionnalisé l'éducation thérapeutique du patient et en a précisé, par décret, les modalités de mise en œuvre dans la prise en charge des maladies chroniques. Dans un rapport récent (9), l'Académie nationale de médecine a montré que le principal obstacle au développement en France de l'ETP vient des difficultés rencontrées par les médecins de premier recours à l'intégrer dans leur pratique, faute de temps, de formation et surtout d'un financement adapté à la prise en charge des patients chroniques.

C'est encore à l'hôpital qu'on trouve la plupart des structures d'ETP, alors que le besoin le plus important se situe en milieu libéral.

Mais, sur le terrain, les freins s'accumulent avec la lourdeur des démarches administratives, la complexité à former une équipe soudée et surtout les problèmes financiers dus, pour les médecins, au principe du paiement à l'acte et, pour les infirmières et diététiciennes, à l'absence de prise en charge financière.

Or, quelle que soit sa bonne volonté, le médecin généraliste ne peut pas pratiquer seul de vraies séances d'ETP qui demandent de longs échanges personnalisés avec le patient.

Plusieurs solutions sont envisageables :

- *Une ETP de proximité*, où le médecin joue le rôle de prescripteur et de coordonnateur d'une équipe pluri-professionnelle dont la composition peut varier en fonction des possibilités locales (infirmière, diététicienne, pharmacien, patient expert etc...).

- *Une ETP au sein d'une structure plus importante* regroupant généralistes, spécialistes, paramédicaux, psychologues, etc., dans une maison médicale, un centre de santé, un hôpital, une maison de retraite..., conformément aux projets financés dans certaines conditions bien définies par les Agences Régionales

de Santé (ARS).

- Mais, pour être efficace, il faut disposer à la fois d'un maillage territorial suffisant et de la possibilité de répéter les séances d'ETP tout au long du parcours de santé, ce qui exige des moyens financiers difficiles à débloquer dans le contexte de crise que nous connaissons.

- Une ETP ambulatoire ou en ligne peut être envisagée dans les régions défavorisées où la population isolée souvent âgée a des difficultés de déplacement.

C-DONNER DU TEMPS ET DES MOYENS AUX MÉDECINS POUR EXERCER UNE MÉDECINE AU SERVICE DES PATIENTS : DES PISTES D'AMÉLIORATION

1 - Priorité : repenser la formation des étudiants en médecine.

Aucune réforme ne sera efficace et durable sans un changement profond de la pensée médicale et une nouvelle ouverture vers une médecine moderne et technologique, mais restant humaine, personnalisée et profondément hippocratique.

- La formation des étudiants en médecine essentiellement axée, en milieu hospitalier, sur le diagnostic et le traitement de pathologies organiques évoluant sur une courte durée n'est plus adaptée à une pratique où prédominera de plus en plus la prise en charge de maladies chroniques suivies en ambulatoire. L'abord de ces affections nécessite une connaissance du patient dans toute sa complexité bio-psychologique et son contexte socio-économique.

- La prévention des maladies chroniques, rôle essentiel du médecin généraliste, doit être introduite dans le cursus des études qui ne doivent plus être orientées exclusivement vers le diagnostic et la thérapeutique.

- Il conviendra d'assurer une part plus importante, dès le deuxième cycle, aux sciences humaines et socio économiques, à l'éducation thérapeutique et à la télé médecine en recourant à de nouvelles méthodes pédagogiques.

- Il serait souhaitable d'instituer un contrôle rigoureux des connaissances cliniques, théoriques et pratiques, à la fin du deuxième cycle, autorisant l'inscription à l'examen classant national qui devrait être organisé en tenant compte des besoins territoriaux en santé. L'internat des étudiants en médecine générale devrait être porté à quatre ans avec des stages chez les praticiens et dans les consultations hospitalières réservées aux sujets en état de précarité (PASS). Ces deux mesures devraient améliorer les compétences cliniques des futurs praticiens et leur aptitude à pratiquer une médecine de la personne.

C'est donc au prix d'une transformation radicale de l'enseignement médical, fondée sur une formation humaniste faisant une part importante à la prévention et aux problèmes socio-économiques de la santé, assortie de stages chez les praticiens de ville (généralistes et spécialistes),

complétée par une lecture critique des travaux scientifiques et un apprentissage de l'éducation thérapeutique des patients, que l'on peut espérer former utilement les médecins de demain.

2 - Réorganiser la pratique médicale (13-14)

Changer les modes d'exercice : la santé des patients (16), mais aussi l'avenir de notre système de protection sociale sont en jeu.

L'avenir est à l'inter-professionnalité qui suppose des structures adaptées pour une meilleure coordination entre tous les acteurs de santé, médicaux, paramédicaux, pharmaciens et associations de patients. L'exercice en groupe a la faveur des jeunes générations qui se rassemblent de plus en plus dans des maisons ou centres de santé ou encore sous la forme de pôles de santé. A ce jour, on recense 778 maisons de santé pluridisciplinaires, chacune comportant en moyenne cinq médecins et neuf paramédicaux dont un secrétariat. Il convient de souligner les avantages d'une telle organisation qui permettra d'accroître << le temps médical >> de chaque praticien en le déchargeant des lourdes tâches administratives qu'il assume en acteur solitaire. Toutefois, cette nouvelle organisation devra tenir compte des contingences locales et du nombre de praticiens disponibles. Il convient, en outre, de casser les cloisonnements entre l'hôpital et la médecine de ville.

Mais ces nouveaux modes d'exercice ne se développeront que si les responsables publics via les ARS leur assurent un accompagnement suffisant : formation, aides techniques, secrétariat performant, incitations financières garanties dans le temps, tout en respectant la liberté d'exercice et l'indépendance des praticiens ainsi que le libre choix des patients, en évitant toute dérive bureaucratique.

L'exercice médical, encore majoritairement conçu en cabinet individuel n'est plus en phase avec la prise en charge des maladies chroniques qui exige des consultations de longue durée dans le cadre d'un travail d'équipe pluridisciplinaire, en réseau, à visée de prévention et de suivi thérapeutique. De nouveaux modes de rémunération en complément du paiement à l'acte devront être proposés.

Les bons résultats obtenus, dans le domaine du diabète, par la rémunération sur objectifs (ROSP) constituent une expérience intéressante qui méritera une adaptation et une mise à jour régulière par les professionnels de santé en fonction de l'évolution des pratiques médicales. Elle pourrait être étendue à d'autres pathologies

3 – Promouvoir la santé « connectée » ou « numérique » (15-16)

S'appuyer sur le développement exponentiel des outils numériques et du WEB pour mieux surveiller les maladies chroniques et faciliter les échanges entre praticiens au sein d'un réseau de santé dédié apparaît comme une composante importante de leur prise en charge.

- *La télémédecine*, cette « forme de pratique médicale à distance utilisant des techniques de l'information et de la communication » est aujourd'hui encouragée par le législateur et déjà expérimentée dans plusieurs régions françaises dans de nombreux domaines médicaux (Loi HPST - 2009). Il peut s'agir de procédures de télé-expertise, de télé-surveillance médicale, de télé-assistance médicale, de télé-consultation, de télé-chirurgie, etc., pour donner les meilleures réponses à distance.

- Dans le cadre de la régulation médicale, l'expérience en a été faite avec succès entre une maison de santé à Langogne (Lozère) et un service de médecine interne du CHU de Nîmes, permettant de résoudre des situations médicales complexes, tout en évitant aux patients des déplacements longs et coûteux.

- De même, le système DIABEO (17) paraît avoir amélioré le suivi et l'équilibre glycémique des diabétiques de type 1 qui en bénéficient.

La télémédecine intégrée dans le parcours de soins devrait pouvoir être inscrite dans la nomenclature pour la rémunération encadrée du suivi des pathologies au long cours ou de la durabilité de certains dispositifs médicaux connectés (pacemakers, prothèses..)

- *Les progrès de la santé connectée* sont susceptibles de favoriser une meilleure observance, car les malades peuvent plus facilement récupérer leurs données de santé et les transmettre à leur médecin dans le cadre de leur suivi médical. Le développement de la télésanté (objets connectés, applications sur les téléphones mobiles) témoigne de l'intérêt que le grand public et les patients leur accordent, mais il faut rester vigilant car, à la différence de la télémédecine, ils n'ont encore donné lieu à aucune véritable régulation ni à aucune validation de la part des instances officielles.

- Soulignons enfin l'importance de généraliser le haut débit à toutes les régions françaises pour faire assurer l'égalité de tous les territoires de santé à ces services indispensables.

Le développement de la « santé connectée » sera de plus en plus incontournable, mais quels que soient les services rendus, à la fois aux médecins et aux patients, il convient de rester vigilant du point de vue éthique et déontologique.

Le Conseil National de l'Ordre s'est ainsi prononcé pour l'encadrement strict des offres numériques en santé afin d'éviter « l'ubérisation » des prestations médicales et de certaines dérives commerciales. (Rapport du CNOM de Janvier 2015. (18).

Il est effectivement indispensable de recueillir le consentement libre et éclairé de la personne malade, après l'avoir informée sur le procédé utilisé. Le dossier du patient doit contenir des informations précises sur les actes recourant à la télémédecine. La circulation des données doit se faire en garantissant la plus grande confidentialité, dans le respect de la législation sur l'informatique et les libertés.

C'est encore ici l'occasion d'insister sur la nécessaire médiation entre le patient et les outils numériques par un professionnel de santé et plus particulièrement par son médecin généraliste coordonnateur.

4- Revaloriser la médecine générale (19-20)

Les médecins généralistes représentaient 45 % des 198 144 praticiens en activité en France en Janvier 2016, mais la médecine générale ne se sent pas reconnue chez nous à la hauteur de ses effectifs et du rôle qu'elle est sensée jouer dans notre système de santé.

- L'individualisation de la médecine générale au sein des instances universitaires ne s'est pas accompagnée de la même reconnaissance de la discipline dans l'exercice quotidien : le malaise des médecins généralistes est d'autant plus paradoxal qu'ils sont unanimement considérés comme devant être au cœur du parcours de soins des patients, notamment dans les maladies chroniques.

- Il ne suffit pas de déplorer la désaffection des étudiants pour cette discipline (21). Au-delà du constat montrant que, sur 19 625 postes offerts en médecine générale à l'ECN entre 2004 et 2010, seuls 15 603 ont été pourvus, et que, sur les 15 391 étudiants ayant choisi la médecine générale, 6 281 ont finalement renoncé. La question est donc posée de trouver d'urgence le moyen de rendre cette filière plus attractive.

Il est largement temps de rendre à la médecine générale sa juste place indispensable dans le parcours de soins pour les maladies chroniques. On parle beaucoup des déserts médicaux parce que le monde politique est directement concerné ; les maladies chroniques mériteraient plus d'attention de la part des autorités parce que les patients et les conditions d'exercice ne sont plus ce qu'ils étaient...

Considérant que, face à l'épidémie de maladies chroniques constatée dans tous les pays développés, les systèmes de soins centrés sur les hôpitaux et les soins aigus ne sont plus adaptés et que la solution passe par des systèmes de santé centrés sur les bassins de vie, les soins primaires et la prévention ;

Considérant que les choix en matière de politique de santé doivent se fonder en priorité sur la prise en charge des maladies chroniques ;

Considérant que les médecins de premier recours sont les mieux placés pour piloter et coordonner cette prise en charge dans la mesure où ils peuvent organiser autour d'eux une équipe paramédicale et médico-sociale pour gérer la santé de la population sur leurs bassins de vie (éducation à la santé, prévention, dépistage, soins de premier recours aigus et chroniques) et gérer les soins d'aval de l'hôpital (sortie d'hôpital, éducation thérapeutique et suivi au long cours) ;

Considérant que les médecins généralistes se sont déjà investis, malgré de nombreuses difficultés, dans la maîtrise des outils informatiques, la formation continue et que les jeunes générations plébiscitent le travail en équipe pluridisciplinaire ;

Considérant que les bonnes intentions de la loi HPST ne se sont toujours pas traduites dans les faits, pour permettre aux médecins généralistes de disposer des moyens humains et financiers indispensables à cette prise en charge des maladies chroniques ;

L'Académie nationale de médecine recommande :

I/ d'adapter la formation médicale initiale :

1-augmenter la place des sciences humaines dans l'enseignement des facultés de médecine, dès le deuxième cycle, en veillant, dans leur déclinaison pratique, à l'attention portée au contexte psychosocial et économique des pathologies chroniques, à leur prévention et à l'art de la relation médecin-patient.

2- développer l'apprentissage théorique et pratique de toutes les facettes de la santé connectée et de l'éducation thérapeutique des patients.

3- porter à 4 ans la durée de l'internat en médecine générale, en privilégiant les stages urbains et ruraux chez le praticien et éventuellement dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) pour familiariser les futurs médecins à la prise en charge des populations précaires en constante augmentation.

4- instituer, à la fin du deuxième cycle, un contrôle des compétences cliniques autorisant l'inscription à l'examen classant actuellement national qu'il serait souhaitable d'organiser sur la base des besoins territoriaux en santé.

II/ de cibler la formation continue :

développer la formation des médecins généralistes en exercice dans les domaines de l'éducation thérapeutique des patients et des techniques numériques.

Ces formations complémentaires devant être intégrées aux programmes proposés par la future Agence Nationale pour le Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de la santé.

III/ de favoriser de meilleures conditions d'exercice :

1. mieux coordonner les liens entre généralistes et spécialistes en favorisant le développement de réseaux de soins entre la médecine de ville et l'hôpital.

2. favoriser l'implication des professions paramédicales, des pharmaciens et des associations de patients au sein de ces réseaux.

3. créer de nouveaux modes de rémunération, en complément de ceux déjà existant, pour l'éducation thérapeutique des patients et les actes de longue durée, en allégeant au maximum les charges administratives.

4. poursuivre la création de maisons et de centres de santé pluridisciplinaires en tenant compte des besoins territoriaux.

5. **Réduire les déserts médicaux** par des incitations financières et un large développement de la télémédecine et de la télésanté.

REFERENCES

1. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. *Ministère de la Santé et des Solidarités. Avril 2007.*
2. Actualités et dossier en santé publique. No 72. Les maladies chroniques. *La revue ADSP Septembre 2010*
3. HAS. Guides pour le parcours personnalisé des maladies chroniques. <http://www.has-sante.fr>
4. Maladies chroniques : le grand défi. *Le Concours médical, 2016, suppl, 138, 2-7*
4. Center for disease control and prevention. Chronic diseases. The power to prevent. The call to control. At a glance 2009. <http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/AAG/chronic.htm>
5. Ph. Barrier. L'observance. In *Education thérapeutique D. Simon et al. Elsevier Masson ed 2007, pp 62-71.*
6. G. Reach. L'inertie clinique. Une critique de la raison médicale *Springer Paris ed 2013.*
7. L'inertie clinique en pratique : du constat à la recherche de solutions. *Médecine des maladies métaboliques. Numéro spécial, 2011, Suppl 2, Vol5*
- 8 HC Gerstein, MC Miller, RP Byington et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes *N. Engl. J. Med, 2008, 358: 2549-59*
9. C. Jaffiol, P. Corvol, G. Reach, A. Basdevant, E. Bertin. L'éducation thérapeutique du patient, une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. *Bull. Acad. Natl. Med, 2013, 197 ; No 9, 1747- 1781*
- 10- PY Traynard, R. Gagnayre. Education thérapeutique du patient en ville et sur le territoire. *Maloine ed Paris 2013.*
11. Golay A, Lager G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? *Paris : Editions Maloine; 2011.*
12. D'Ivernois JF, Gagnayre R. membres du groupe de travail de l'IPCCEM. Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. in *Educat. Thérap. Patient/Therap. Patient Educ. 2011; 3:S201-S205.*
13. S. de Chambine. Protocolisation et qualité du parcours de soins dans le dispositif des affections de longue durée. *La revue ADSP, 2010, 72, 25-29.*
14. D. Martin. Les différentes composantes du dispositif de prise en charge des maladies chroniques *La revue ADSP 2010, 72, 30-32[12].*

15. Le Goffic C. Consentement et confidentialité à l'épreuve de la télémédecine. *RDSS 2011*; 6:987-9.
16. Grynbaum L. La responsabilité des acteurs de la télémédecine. *RDSS 2011*; 6:996-1013.
17. G. Charpentier, PY Benhamou, D. Dardari et al. The diabeo software enabling individualized insulin dose adjustments combined with telemedicine support improves HbA1c in poorly controlled diabetic patients. A sixth month randomized, open label, parallel group, multicenter trial (Telediab 1 study) *Diabetes Care, 2011, 34: 1-7*
18. De la e-santé à la santé connectée. Le Livre Blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins. CNOM, 2015.
https://fr.search.yahoo.com/yhs/search?hspart=ddc&hsimp=yhs-ddc_bd&p=cnom%20janvier%202015%20rapport&type=cam-80801124_alt_ddc_dss_bd_com
19. Ambroise-Thomas P (au nom de la commission XVI). La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine. *Bull. Acad.Natle Méd. 2011 ; 195 :1133-1142*
20. Huguier M, Romestaing P. Numerus clausus et démographie médicale en France. *Bull. Acad. Natle. Med. 2014; 198/ sous presse.*
21. Nicodème R. Etude sur la répartition des médecins généralistes. *Ordre National des Médecins. Avril 2012.*

Pour copie certifiée conforme
Le Secrétaire perpétuel

Professeur Daniel COUTURIER