

## Aller et retour entre la recherche scientifique et l'action, dans le cadre de la médecine de sécurité sociale

*Ongoing exchanges between scientific research and interventions,  
within the framework of social security medicine*

Guilhot J (\*)

### Résumé

La médecine de sécurité sociale et la science entretiennent des relations plus ou moins explicitées, mais permanentes et intenses. Placée au cœur des réseaux de soins, la médecine de sécurité sociale croise naturellement les grandes problématiques de recherche.

Les résultats de la recherche sont utilisés pour donner des avis concernant les prestations des malades. Ils servent aussi à faire évoluer les conditions de leur attribution. Ils servent enfin à orienter les politiques d'action des services médicaux.

La recherche en santé publique a souligné l'intérêt des programmes interventionnels pour améliorer la santé des populations. Elle a identifié les moyens de faire changer les comportements des professionnels de santé pour une meilleure prise en compte des recommandations de bonne pratique clinique. Ces résultats sont à l'origine d'une évolution des actions des services médicaux en France. Elle s'est caractérisée par un accroissement du temps consacré à la communication et à la pédagogie.

La recherche économique a montré les limites d'une régulation administrative des dépenses de santé par des textes et des mesures tarifaires. La contractualisation des engagements des producteurs de soins a fortement impliqué les services médicaux. L'action des services médicaux peut induire des problématiques de recherche. La médecine d'assurance produit des informations constituant un matériau d'un grand intérêt pour la recherche. Elle est aussi l'occasion de constater des pratiques professionnelles aberrantes.

Récemment, les programmes de santé publique sur le diabète et l'hypertension artérielle ont montré que les services médicaux sont capables de produire de véritables recherches appréciées par la communauté scientifique.

**Rev Med Ass Maladie 2000;3:71-77**

*Mots clés* : santé publique, administration des soins, recherche médicale, assurance maladie, médecin-conseil, science.

(\*) Médecin-conseil chef de service, Echelon national du service médical (CNAMTS), 66, avenue du Maine, 75694 Paris cedex 14.  
Courriel : joelle.guilhot@cnamts.fr

Notre objectif est d'examiner, dans le champ de la médecine d'assurance et plus particulièrement celui de la médecine de sécurité sociale, les liens existant entre la recherche scientifique et l'action.

Cette réflexion est construite à partir de la situation des services médicaux de l'Assurance maladie en France et du contexte français. L'essentiel de l'argumentation peut s'appliquer, avec quelques nuances, aux autres pays européens.

Deux questions sont posées.

Première question : existe-t-il des liens entre ces deux mondes, *a priori* étrangers l'un à l'autre, que sont celui de la recherche scientifique, innovante par construction et dont la représentation sociale fait le prototype du dynamisme et de la créativité, et celui de la médecine d'assurance, plutôt perçue comme un univers répétitif, conservateur et bureaucratique ?

Deuxième question : si ces liens existent, quels sont-ils ?

Nous montrerons que ces deux mondes entretiennent des relations, plus ou moins explicitées certes, mais permanentes et intenses, qui vont dans les deux sens :

- les résultats de la recherche permettent de structurer l'action des services médicaux ;
- ces derniers produisent en retour des informations utiles à la recherche, soit en terme de matériau mis à disposition des chercheurs, soit en terme de nouvelles questions à explorer.

Nous verrons également que la médecine de sécurité sociale peut réaliser d'authentiques recherches et produire des résultats, reconnus par la communauté scientifique et utilisables pour l'action.

En préambule il est nécessaire de rappeler ce qu'est la médecine de sécurité sociale, en quoi elle se trouve au carrefour des questionnements et quelles sont les grandes questions de recherche qui peuvent avoir un rapport, plus ou moins proche, avec son champ d'action.

La médecine de sécurité sociale a pour finalité de contribuer à l'optimisation des ressources collectives consacrées au système de santé, c'est-à-dire d'œuvrer pour la promotion du « meilleur soin au moindre coût ». Pour ce faire, sa mission consiste :

- à donner des avis médicaux individuels sur des prestations, telles que l'arrêt de travail, l'invalidité et l'inaptitude au travail, la reconnaissance de maladies de longue durée, le remboursement de prestations en nature (médicaments, cures thermales) ;
- à produire des analyses sur l'organisation de l'offre de soins (offre hospitalière mais aussi équipements lourds divers, réseaux de soins) ;
- à produire des analyses sur l'activité des professionnels de santé et des structures de soins, notamment sous l'angle de la qualité des pratiques.

Ces missions confèrent aux médecins-conseils une place particulière au sein des systèmes de santé.

Par l'analyse individuelle des dossiers, ils ont un rôle clinique puisqu'ils examinent des malades, dont ils évaluent la capacité de travail et dont ils contrôlent les traitements ; ce rôle, proche de celui des médecins traitants, s'exerce au cours d'un colloque singulier. Mais compte tenu du nombre beaucoup plus important de leurs « clients », cette approche leur permet de voir émerger, avant les médecins de ville, les grands problèmes sociaux et médico-sociaux : citons par exemple les problèmes de harcèlement au travail souvent responsables d'arrêts maladie, les problèmes créés par la dépendance des personnes âgées et la difficulté des soins à domicile... la liste est longue.

Cette activité auprès des individus conduit à constituer des fichiers dont l'analyse permet de dégager des problématiques de santé publique.

L'histoire a montré que la médecine d'assurance - qui n'était pas encore de sécurité sociale - a été une des premières à étudier les tableaux de morbidité et de mortalité qui existaient ici ou là (notamment en Angleterre), avant de constituer ses propres fichiers pour estimer les risques de ses clients et calculer au mieux les primes d'assurance. Pour peu qu'elle en ait la volonté et s'en donne les moyens, la médecine de sécurité sociale est un observateur et un acteur majeur de santé publique.

L'évolution de la protection sociale a donné aux services médicaux des possibilités accrues d'analyse systémique :

- regard sur l'offre de soins, des médecins ou des structures ;
- mais aussi regard sur les relations entre ces différents offreurs (comment est organisé le réseau des soins ?) ;
- sur les relations entre offreurs et demandeurs (qui consulte qui et quand, les malades sont-ils satisfaits des résultats ?) ;
- et sur les résultats de l'ensemble du dispositif (les résultats sont-ils à la hauteur des sommes engagées ?).

Placée au cœur du réseau des soins dès lors que ce soin est pris en charge par la collectivité, garante de la juste utilisation des fonds collectifs qui sont confiés à l'Assurance maladie qu'elle conseille, impliquée dès lors que la santé est en jeu, de la vaccination aux soins palliatifs, la médecine de sécurité sociale occupe un poste d'observation unique, combinant la relation individuelle aux malades à la vision collective de la santé des populations.

Contrairement aux autres professionnels de la santé publique, c'est par l'approche individuelle qu'elle accède à la santé des populations, et contrairement aux autres professionnels du soin, c'est parce qu'elle dispose de la vision collective qu'elle

peut porter un regard à la fois plus équilibré et équitable sur les soins individuels.

Cette position et cette vision originales la conduisent assez naturellement à croiser les grandes problématiques de recherche.

Du côté des sciences, les thématiques de recherche dans le champ de la maladie, de la santé publique et de la sécurité sociale peuvent être structurées en quatre grands champs ayant chacun leurs finalités propres :

- la recherche fondamentale pour comprendre les mécanismes du fonctionnement des organismes, humains mais aussi microbiens ;
- la recherche médicale pour découvrir et mettre au point de nouvelles modalités de soin pour les individus : médicaments ou autres technologies de diagnostic et de traitement, appareillages et orthèses ;
- la recherche en santé publique pour améliorer l'état de santé des populations : elle associe l'observation de l'état de santé de ces populations, l'analyse des déterminants de la santé et des causes de la maladie, la conception d'interventions pour améliorer cette santé, et l'évaluation de ces interventions ;
- la recherche en sciences sociales pour contribuer à l'évolution (positive) des rapports entre la médecine et la société : étude des problèmes éthiques posés par les avancées technologiques et l'évolution des mentalités, analyse des comportements des groupes sociaux (consommateurs et professionnels), analyse des relations entre l'ensemble des acteurs du système, études économiques (notamment coût-bénéfice) et études des organisations.

Tout un panel de disciplines sont susceptibles de contribuer à cette recherche :

- la biologie, la chimie, la physique, l'informatique... ;
- toutes les spécialités médicales ;
- l'épidémiologie ;
- les sciences évaluatives ;
- l'économie et les sciences de gestion ;
- la sociologie, l'anthropologie, mais aussi l'histoire, la géographie.

On voit donc que la recherche dans le domaine de la « santé » au sens large couvre un champ très vaste, comme l'atteste d'ailleurs la multitude et la diversité des colloques et publications qui lui sont consacrés. On peut noter d'ailleurs au passage que ce foisonnement est assez récent, n'excédant pas une quinzaine d'années.

Le cadre général étant posé, nous envisagerons tout d'abord comment la recherche scientifique contribue à structurer l'action des médecins-conseils. Autrement dit, en quoi les services médicaux et plus largement l'Assurance maladie utilisent les résultats de la recherche pour agir, au quotidien et dans le

court terme, mais aussi dans le moyen et long terme.

### Apport de la recherche scientifique à l'action

Les résultats de la recherche, notamment mais pas uniquement, médicale et évaluative sur des procédures de soins validées par la communauté scientifique (*evidence-based medicine*) sont utilisés par les médecins d'assurance dans le cadre des avis concernant des malades :

- autorisation de soins dans une région lointaine, ou bien à l'étranger, pour faire bénéficier un assuré d'une nouvelle technique n'existant pas localement (par exemple la neurochirurgie stéréotaxique dans la maladie de Parkinson) ;
- refus de remboursement pour un protocole de soins non conforme à des recommandations de bonnes pratiques cliniques publiées.

Mais au-delà des avis individuels, ces résultats sont utilisés par les institutions elles-mêmes pour faire évoluer les conditions d'attribution des prestations :

- accès au remboursement de nouveaux traitements médicamenteux, de nouvelles technologies de diagnostic ou de soins (par exemple techniques de procréation médicalement assistée) ;
- inscription de nouvelles maladies professionnelles : récemment en France, ce fut le cas pour les tendinopathies, les lombalgies chroniques ; bientôt peut-être pour le harcèlement moral ?

C'est tout le débat actuel, qui débute seulement en France, sur la définition du panier de biens et services remboursables. La collectivité doit-elle tout rembourser ? Sinon, sur quels arguments fonder la décision de prise en charge ? Nous pouvons nous interroger à propos par exemple des traitements antimigraineux, des veinotoniques, ou des cures thermales...

Une partie, mais une partie seulement des réponses viendra de la recherche qui pourra préciser quelles procédures sont validées, lesquelles sont discutées et lesquelles sont inutiles. Il est clair en effet que les décisions appartiennent au corps social et à ses représentants, et le choix porte de ces exemples montre que la science n'a pas réponse à tout...

Enfin, les résultats de la recherche scientifique sont utilisables pour orienter ou réorienter les politiques d'action même des services médicaux d'assurances : en ce domaine ce sont surtout les apports de la recherche en santé publique et de la recherche évaluative qui ont été déterminants, puis ceux de la recherche économique.

La recherche en santé publique a souligné l'intérêt des démarches par programmes à visée interventionnelle pour améliorer la santé des populations [1].

La recherche évaluative et la recherche en sciences de l'éducation ont identifié les moyens de faire changer les comportements des professionnels de

santé, pour qu'ils prennent mieux en compte les recommandations de bonne pratique clinique. Ces résultats ont montré en même temps la difficulté d'obtenir ces changements [2].

Ces résultats sont à l'origine d'une évolution de la politique d'action des services médicaux en France, qui se caractérise par un accroissement du temps consacré à la communication, écrite et orale, à la pédagogie, au détriment de tâches plus traditionnelles : ils réalisent maintenant des visites confraternelles auprès des professionnels de santé sur des thèmes jugés prioritaires tels que les recommandations de bonne pratique clinique sur la prise en charge du diabète, sur l'hypertension artérielle. Ces visites sont associées à d'autres actions de communication envers les médecins et le grand public.

La recherche économique enfin a mis en évidence les limites d'une régulation administrative des dépenses de santé par les textes et les mesures tarifaires, et l'intérêt potentiel de nouvelles modalités basées sur le contrat et les conventions entre acteurs d'un même système [3]. La sociologie a analysé les rôles et les stratégies des acteurs au sein des systèmes d'action.

Ces résultats sont exploités, avec il est vrai un bonheur inégal, au travers de la création de multiples contrats :

- les conventions avec les professionnels existent depuis plusieurs années, améliorées depuis peu par les options de « médecins référents » et tout récemment les contrats « de bonne pratique » ; les services médicaux occupent ou vont occuper une place centrale dans la gestion de ces contrats, tant au moment de leur mise en place que dans leur suivi ;
- de même, des contrats « d'objectifs et de moyens » sont mis en œuvre avec les établissements de soins, dont la gestion implique fortement les services médicaux.

Au cours donc de notre activité quotidienne, le plus souvent sans y penser, nous exploitons en permanence des données fournies antérieurement et parfois très récemment, par des recherches de tous les domaines, de la recherche fondamentale à la recherche médicale appliquée en passant par l'économie et les sciences de l'éducation...

### **De l'action vers la recherche scientifique**

Sommes-nous capables en retour de fournir aux scientifiques de quoi alimenter leurs travaux ? en d'autres termes, sommes-nous capables, au travers de notre action de médecins de sécurité sociale, d'induire des problématiques de recherche et/ou de contribuer à la recherche par d'autres voies, et lesquelles ?

En premier lieu, la médecine d'assurance produit des informations qui constituent un matériau de

grand intérêt pour la recherche. En effet, un fichier est renseigné pour chaque décision importante médico-sociale, comportant des données sur les diagnostics, les prestations, les situations sociales et démographiques des demandeurs... Ces fichiers sont des sources précieuses pour l'observation des pathologies, leur évolution dans le temps, leur répartition géographique.

En France, les chercheurs en épidémiologie sont souvent demandeurs de ces données. Des collaborations ont pu se concrétiser, par exemple dans le cadre d'un registre du diabète infantile-juvénile, d'autres sont en cours, par exemple dans le cadre d'un programme national de surveillance du mésothéliome pleural. D'autres chercheurs travaillant sur les registres de cancers nous sollicitent régulièrement, de même que certaines équipes qui s'intéressent au suivi à long terme de populations soumises à des effets environnementaux potentiellement nocifs (irradiations, pollutions chimiques).

Ces contributions pourraient se renforcer et devenir très fructueuses, mais à certaines conditions, en particulier l'amélioration de la qualité des fichiers existants et surtout pour la France l'amélioration des conditions de transmission de données à finalité de recherche épidémiologique (les textes réglementaires sur la protection des données personnelles sont actuellement très contraignants et limitants).

En second lieu, et au-delà de la mise à disposition de bases de données brutes, les observations des services médicaux d'assurance peuvent être à l'origine de programmes de recherche, plus particulièrement dans le cadre de la recherche évaluative, de la recherche en gestion ou en sociologie.

En matière de recherche évaluative, l'activité quotidienne d'attribution des prestations, et l'analyse de l'activité des professionnels permettent au service médical de faire des constats qui lui paraissent parfois aberrants :

- pratiques de technologies obsolètes ;
- ou, au contraire, pratiques de technologies nouvelles et non validées (pose de stents vasculaires) ;
- ou bien indications surprenantes d'actes chirurgicaux ou techniques.

Il lui appartient alors d'obtenir un avis étayé sur les pratiques incriminées.

Ceci peut se faire de diverses manières :

- par la saisine de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) ;
- ou par la participation à des études qu'ont mises en place des organismes de recherche tels que l'Institut national de statistiques et d'études en recherche médicale (INSERM) ;
- ou par le financement direct ou indirect d'études spécifiques sur des sujets qui le préoccupent particulièrement comme l'évaluation à long terme de la

chirurgie vertébrale, l'évaluation de stratégies de dépistage et de traitement de l'ostéoporose post-ménopausique.

Par ailleurs, la constitution d'une base permanente de données de paiement reliées à des données de nature de soins permet de poser des problématiques d'études de coûts, de minimisation des coûts, de coût-efficacité ou coût-utilité... qui sont une contribution à la recherche économique.

Enfin, certains autres travaux des services médicaux, dans les établissements de soins, dans la gestion des conventions avec les professionnels, sont matière à réflexion dans le domaine de la sociologie des organisations ou de la sociologie de l'acteur.

La médecine d'assurances peut donc, par la nature même de son action, susciter des recherches ou fournir du matériau de première importance aux chercheurs.

Mais au-delà encore de ces liens permanents que nous venons d'examiner, les médecins-conseils eux-mêmes peuvent produire pour leur propre compte de véritables travaux de recherche, dans le cadre de leur mission, qui est de se porter garant au plan médical d'une prise en charge la meilleure possible pour tous les assurés, c'est-à-dire une prise en charge efficace, efficiente, et utile.

### De l'action en tant que recherche scientifique

En France tout au moins, un nombre assez important de médecins de sécurité sociale a une qualification en santé publique. D'autres ont prolongé leurs études médicales par une formation à l'épidémiologie, la statistique, l'économie, formations qui peuvent être de haut niveau.

Ils ont la capacité de conduire de véritables travaux de recherche, qui font régulièrement l'objet de publications, dans des journaux scientifiques reconnus, et qui sont appréciés des chercheurs professionnels.

Voici deux exemples particulièrement illustratifs de ce que l'on pourrait qualifier « d'actions de recherche », qui se situent dans le champ de l'évaluation et de l'épidémiologie.

Ces deux exemples concernent l'évaluation de la prise en charge du diabète et son épidémiologie [4], et l'évaluation de la prise en charge de l'hypertension artérielle [5], deux pathologies chroniques et coûteuses pour les assurances sociales.

Ces deux programmes interventionnels en santé publique ont pour finalité commune d'améliorer la qualité des soins en optimisant les dépenses, tout en agissant en profondeur sur les comportements des professionnels de santé [6]. Ils sont structurés de façon identique :

- diffusion de recommandations ;
- observation initiale des pratiques ;

- intervention pédagogique auprès des professionnels de santé (principalement visite confraternelle) ;
- observation secondaire et mesure d'impact ;
- évaluation de l'efficacité du programme.

Le programme portant sur le diabète, débuté en mai 1999 et qui doit se terminer en juin 2001, réalise la conjonction :

- d'une utilisation à des fins de recherche des fichiers de remboursement de l'Assurance maladie, qui contiennent rappelons-le le codage des médicaments remboursés ;
- de la mise en œuvre d'une campagne de visites confraternelles pour promouvoir les recommandations de bonne pratique clinique sur la prise en charge du diabétique ;
- d'une recherche évaluative sur la qualité des pratiques de prise en charge des patients diabétiques ;
- d'une recherche en épidémiologie sur la prévalence de la maladie et ses variations ;
- d'une recherche économique sur le coût de la maladie.

Les résultats sont intéressants à plus d'un titre.

Sur le plan épidémiologique, l'étude permet de mesurer la prévalence de la maladie de façon très précise puisqu'elle porte sur l'exhaustivité des diabétiques bénéficiant d'un remboursement (800 000 environ) ; ces données confirment les craintes des diabétologues sur l'augmentation de fréquence de la maladie. L'enquête permet aussi de faire la distinction entre les différents types de diabètes, non insulino-dépendants, insulino-requérants et insulino-dépendants. Enfin, elle permet de réaliser des comparaisons régionales de prévalence, qui soulignent l'existence d'un gradient Nord-Ouest Sud-Est. Ces éléments, qui intéressent fortement les chercheurs, sont aussi de nouvelles questions de recherche qui se posent à eux : comment expliquer, à la fois l'augmentation de cette prévalence et sa variation régionale ?

Sur le plan économique, l'enquête permet d'identifier très précisément les coûts de cette pathologie pour l'Assurance maladie, ce qui a un double intérêt : évaluer les coûts à venir en fonction de l'évolution de la prévalence, réorienter les prises en charge vers celles qui sont les plus coût-efficaces, en un mot mieux gérer le risque.

Sur le plan de la qualité des soins, l'étude permet d'identifier les points positifs, les points à améliorer. Les points à améliorer concernent à la fois :

- les caisses, qui doivent prévoir la prise en charge de soins jusqu'alors mal remboursés (soins de podologues par exemple ou d'éducation du diabétique) ;
- la communauté médicale, qui doit se saisir de nouveaux thèmes de formation permanente pour les professionnels, qui doit assurer cette formation et mesurer son impact sur le terrain ;

– les malades, qui doivent mieux s'impliquer dans la conduite de leur prise en charge.

Enfin, sur un plan plus général, ces résultats devraient permettre de favoriser la mise en place de réseaux de prise en charge, de faire évoluer certaines tarifications, de porter une attention soutenue aux problèmes de l'observance des traitements par les malades, en bref, de construire une politique de santé publique argumentée.

Quant au programme portant sur l'hypertension artérielle, débuté en mai 1999 et qui doit également se terminer en juin 2001, il réalise la conjonction :

- de la mise en œuvre d'une enquête sur échantillon selon les méthodes classiques de l'épidémiologie ;
- de la mise en œuvre d'une campagne de visites confraternelles pour promouvoir les recommandations de bonne pratique clinique sur la prise en charge de l'hypertension ;
- d'une recherche évaluative portant sur la qualité des pratiques en matière de prise en charge des patients hypertendus, mais aussi et surtout sur les résultats obtenus en matière de chiffres tensionnels.

L'enquête montre que la qualité des soins pourrait être améliorée et que trop souvent les procédures de traitement recommandées par la communauté scientifique ne sont pas correctement appliquées par les professionnels.

Sur le plan épidémiologique, elle montre aussi que l'insuffisance rénale est mal dépistée chez les hypertendus, car l'existence des indicateurs d'alerte et leur interprétation sont mal connus des médecins ; il en résulte une insuffisance de prise en charge et sans doute une augmentation de la fréquence et de la gravité des insuffisances rénales dans cette population.

Elle pose aussi des questionnements sociologiques intéressants.

En effet, elle souligne l'importance capitale du respect par les malades des mesures hygiéno-diététiques pour obtenir une baisse des chiffres tensionnels.

Et elle montre que des procédures de traitement conformes aux recommandations n'aboutissent pas toujours au résultat escompté, c'est-à-dire à la baisse efficace des chiffres tensionnels. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- les malades sont plus ou moins observants, et alors la question à se poser est celle des raisons de cette non-observance ;
- les recommandations, qui sont issues d'essais thérapeutiques conduits dans des conditions parfois éloignées de la vie réelle des malades et des médecins, ne sont pas parfaitement adaptées à la vie quotidienne...

Autant de questions qui ne vont pas manquer d'interroger les médecins, les épidémiologistes mais aussi les sociologues. Ce sont aussi sur ces constats que devra s'appuyer la politique de santé publique de lutte contre les maladies cardio-vasculaires : éducation des malades, formation des médecins, ou autres mesures....

Ces deux exemples montrent que les services médicaux sont capables de produire de véritables recherches, appréciées par la communauté scientifique. Ils génèrent en même temps de nouvelles questions pour la recherche, telles que la place du patient dans la prise en charge de sa maladie, la place d'une médecine technique « à l'acte » par rapport à une médecine « hygiéniste » dans la prise en charge des pathologies chroniques, ou la place des recommandations de bonne pratique dans l'amélioration effective de l'état de santé des malades,...

Ces questions revêtent une importance toute particulière dans le contexte de l'explosion de la prévalence des pathologies chroniques dans nos sociétés occidentales, du vieillissement des populations, et de la limitation des financements collectifs consacrés à la santé, toutes questions qui sont au cœur des préoccupations de la médecine d'assurances.

A l'issue de ce tour d'horizon, il est possible sans hésitation d'affirmer que, oui, il existe des allers et des retours entre recherche scientifique et médecine de sécurité sociale.

Il faut toutefois relativiser, comme l'atteste l'accusation d'immobilisme et de technocratie portée par certains. Les freins en effet sont nombreux, qui empêchent une évolution vers une plus grande participation à des actions de recherche. Sans entrer dans le détail, on peut en citer quelques-uns :

- un recrutement de médecins-conseils sur des critères qui n'ont pas suffisamment stimulé la curiosité, la créativité, le questionnement (en un mot, le recrutement cherche trop souvent à produire de bons gestionnaires de dossiers) ;
- une charge de travail qui va en augmentant et qui laisse peu de temps à la réflexion et l'interrogation pertinente, et encore moins à la réalisation de travaux « originaux » ;
- une organisation qui n'évolue pas assez rapidement pour permettre les adaptations nécessaires, comme sélectionner, former, valoriser nos meilleurs médecins.

Il nous faut être convaincus de la nécessité d'intensifier ces liens, et convaincus que ceci est possible. Plusieurs scénarios sont envisageables, qui ne sont pas exclusifs l'un de l'autre :

- il est possible de continuer à former des médecins-conseils pour qu'ils acquièrent les compétences et les techniques de recherche. Si c'est assez facile en épidémiologie, en statistique appliquée à

la médecine, en méthodes d'évaluation, cela pose plus de problèmes en sciences sociales (économie, gestion, sociologie...). Mais y a-t-il un intérêt à transformer des médecins en chercheurs d'autres disciplines ; est-ce utile, est-ce efficace ? ;

– on peut envisager également de constituer à l'intérieur des organismes des équipes restreintes capables de poser les grandes lignes des problématiques, mais auxquelles on adjoindrait des compétences de chercheurs professionnels venus de disciplines variées, sur des projets précis et limités dans le temps ;

– enfin, on pourrait sous-traiter l'ensemble des problèmes de recherche à des professionnels travaillant en dehors des institutions. Le risque d'une telle politique semble double : les chercheurs ne disposeraient pas de la connaissance intime du domaine d'investigation, et surtout, les acteurs internes seraient dépossédés de leur matériau, démobilisés, et moins enclins que jamais à enrichir au quotidien les bases de données nécessaires à ces recherches...

En conclusion, nous avons montré à quel point les médecins d'assurances sont confrontés, en permanence mais de façon plus ou moins explicite, aux grands questionnements actuels de la recherche scientifique dans le domaine médico-social. Nous avons montré qu'ils peuvent apporter des éléments de réponse, de même qu'ils peuvent susciter des questionnements nouveaux chez les chercheurs professionnels. L'intensification de ces liens entre la recherche et la pratique nous semble constituer une condition indispensable pour accompagner et faciliter la nécessaire évolution des systèmes de protection sociale car les problèmes de santé publique, de protection sociale et de couverture maladie sont

devenus trop prégnants dans nos sociétés et aussi trop complexes, pour pouvoir s'accommoder, comme par le passé, d'une succession de prises de décision individuelles, sans lien entre elles ni perspective globale. L'approche de ces problèmes doit obligatoirement être multidisciplinaire, transversal, et confronter la réflexion théorique à un réel que seuls peuvent appréhender les acteurs de terrain.

*Ce texte a fait l'objet d'une communication au XIII<sup>e</sup> Congrès de l'Union européenne de médecine d'assurance et de sécurité sociale (UEMASS) à Gand (Belgique) le 7 avril 2000.*

## RÉFÉRENCES

1. Pineault R, Daveluy C. *La planification de la santé*. Montréal : Éditions nouvelles ; 1995, 480 p.
2. Durieux P, Joly D. *Comment améliorer les pratiques médicales ? Les dossiers de l'Institut d'Etudes Politiques des Politiques de Santé*. Paris : Flammarion-Médecine Sciences ; 1999, 122 p.
3. Boltanski L, Thévenot L. *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard-NRF Essais ; 1991, 483 p.
4. Weill A, Ricordeau P, Bourrel R, Vallier N, Fender P, Allemand H. *Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2. La prise en charge des diabétiques exclusivement traités par hypoglycémiantes oraux en 1998. Données du régime général d'assurance maladie*. Paris : Echelon national du service médical, CNAMTS ; octobre 1999.
5. Tilly B, Guilhot J, Salanave B, Garrigue P, Fender P, Allemand H. *Programme national de santé publique. Enquête nationale de l'Assurance maladie sur la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999*. Paris : Echelon national du service médical, CNAMTS ; mai 2000, 70 p.
6. Fender P, Allemand H. *Un programme de santé publique pour une meilleure prise en charge des malades*. *Diabetes Metab* 2000; 26(Suppl 6):7-9.