

Sécurité sociale et références médicales opposables

Social Security and mandatory medical guidelines

Allemand H (*), Jourdan MF (**)

Les références médicales opposables (RMO) sont un outil emblématique de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Après un rappel de ce dispositif et de son évolution récente, son apport au système de soins sera examiné en regard des quatre fondements éthiques de la médecine : bienfaisance, non-malfaisance, respect de l'autonomie, équité [1].

I. Les RMO et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Le système de santé français tente de garantir à chacun une médecine de qualité grâce à la solidarité.

C'est un des systèmes les plus libéraux dans lequel des personnes privées prescrivent des dépenses publiques. Cette liberté et donc cette responsabilité sont longtemps restées sans exigence, sans contrainte de nature médicale. Or, il n'y a pas de qualité sans contrainte.

Dans ce contexte, ce système, l'un des mieux dotés au monde en terme de ressources, a été mis à l'épreuve depuis plus d'une décennie par des difficultés de financement. Parallèlement, les inégalités d'accès aux soins s'accroissent et les résultats sanitaires placent la France en situation moyenne comparativement aux pays européens.

Ces constats (inégalités croissantes, qualité incertaine, inflation des dépenses) ont conduit à développer une logique reposant sur une *maîtrise médicalisée* des dépenses de santé (MMDS).

En effet, les résultats des multiples plans de redressement de la Sécurité sociale ont fait apparaître les limites des programmes traditionnels de contrôle des dépenses de l'assurance maladie (prix administrés, budget global, déremboursements...) avec une situation inédite, l'alourdissement à long terme des prélèvements sociaux à travers le remboursement de la dette sociale (RDS) jusqu'en 2014.

« *La maîtrise médicalisée a pour finalité d'infléchir le comportement dans une recherche constante d'amélioration de la qualité et de contribuer ainsi à améliorer l'efficience du système de soins* » (art. 12 de la Convention nationale des généralistes du 4 décembre 1998) [2].

La maîtrise médicalisée s'inscrit dans un cadre conventionnel librement négocié (conventionnement individuel introduit par la convention de 1995) dont l'objectif est de concilier qualité, liberté du patient et du professionnel, secret médical, économie.

L'introduction en médecine de règles de l'art précises, consensuelles, formalisées, est récente. Elles sont destinées à réduire les disparités de conduite face à une même pathologie.

Depuis la convention médicale de 1993, les partenaires conventionnels (caisses d'assurance maladie et syndicats médicaux) ont estimé nécessaire de promouvoir de telles règles dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, en particulier destinées à limiter, sinon supprimer, les actes et prescriptions inutiles ou dangereux. Les partenaires ont en effet considéré qu'un consensus fort pourrait être obtenu avec la profession médicale sur ces pratiques, concrétisées par les RMO, représentant des enjeux en terme de santé publique et des coûts inutiles pour l'assurance maladie.

Les RMO, outil phare de la MMDS¹, sont remarquables à double titre : d'une part, elles fondent la médicalisation des relations conventionnelles, d'autre part, elles inaugurent, à grande échelle, la place des référentiels dans les pratiques de soins.

II. Définition des RMO

Les RMO sont des critères scientifiques reconnus qui définissent les soins et les prescriptions médicalement inutiles, redondants, voire dangereux.

(*) Médecin-conseil national, Service médical de l'assurance maladie (CNAMTS).

(**) Médecin-conseil chef de service Echelon national du service médical (CNAMTS) 66, avenue du Maine, 75694 Paris Cedex 14 (*pour correspondance*).
1. En 1998, pour mettre en place la MMDS, les partenaires conventionnels s'appuient notamment sur : les recommandations de pratique clinique (RPC), les RMO, la coordination des soins avec l'option conventionnelle, les indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement des médicaments, les actions thérapeutiques concertées, le codage et l'informatisation des professionnels de santé.

Le dispositif des RMO vise à corriger l'hétérogénéité de certaines pratiques médicales, démontrée par de nombreuses études [3]. Or, si les différences de pratique ne sont pas liées à des différences de situations pathologiques, ce sont les principes de qualité et d'égalité de traitement des patients qui sont pris en défaut.

Les RMO sont une originalité française parmi l'ensemble des référentiels de pratique [4].

Leurs principales spécificités tiennent au fait que :

- 1) elles ont acquis force légale (la loi du 2 février 1995 a validé l'arrêté du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention nationale des médecins) ;
- 2) leur diffusion se fait par voie réglementaire (parution au *Journal officiel*) ;
- 3) elles sont opposables puisqu'il s'agit d'empêcher les pratiques dangereuses et de limiter celles qui sont inutiles.

La formulation des RMO est par nécessité négative (chaque RMO commence par « *il n'y a pas lieu de...* »).

Car s'il est possible (parfois !) d'affirmer l'inutile et le dangereux, l'art médical ne peut que rarement affirmer une règle optimale, voire idéale, opposable à une situation clinique singulière.

III. Évolution du dispositif des RMO

Les RMO doivent répondre à des critères de transparence, de conformité aux données actuelles de la science, de qualité et de sécurité des soins. En pratique, elles ont été lancées de façon empirique.

La 5^e convention médicale nationale (mars 1990) a introduit la notion de références médicales conventionnelles avec la rédaction de 17 références médicales nationales. Il s'agissait de décrire « le bon usage des soins » sans incitation positive ou négative.

La loi Teulade (loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie) introduit le caractère opposable des références médicales (possibilité de sanctionner leur non-respect) qui deviennent des RMO.

La 6^e convention médicale nationale (octobre 1993) a présenté les 24 premières RMO concernant des problèmes de santé publique (diabète, cancer du col de l'utérus, cancer du sein...) et des dysfonctionnements observés par le service médical (marqueur tumoraux, échographies pendant la grossesse...).

Ces premières RMO, produites dans une démarche plus pédagogique que coercitive, ont été rédigées par l'échelon national du service médical du régime général d'assurance maladie soutenu par des spécialistes. Puis, elles ont été soumises aux syndi-

cats médicaux qui les ont fait valider à leur tour par des experts de leur choix.

Après synthèse des réponses, seules les références faisant consensus ont été retenues. En 1994, l'élaboration des RMO a été confiée à l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). L'avenant n° 5 de 1995 à la convention de 1993 fait état de 147 RMO.

Bien que ses débuts aient été marqués par un certain empirisme, le dispositif des RMO a été progressivement affermi par des améliorations successives, définies notamment par l'ordonnance n° 96-345 du 25 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

A. Améliorations techniques

Afin de garantir leur objectivité, les RMO doivent être établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) (art L. 162-12-15 CSS). Des recommandations de bonne pratique doivent accompagner pour chaque thème les références.

Les RMO doivent être actualisées (art L. 162-12-15 CSS) sur demande des partenaires conventionnels ou du ministère pour rester en conformité avec les données actuelles de la science.

Les seuils d'opposabilité ont évolué : les actes dangereux pouvaient se reproduire plusieurs fois avant d'être sanctionnés ; ce point a été résolu par l'abaissement à 1 du seuil correspondant depuis la convention médicale de 1997. L'existence d'une opposabilité par sommation de plusieurs références et non plus seulement référence par référence a été introduite.

Le comité médical régional (CMR) a été introduit par la même ordonnance du 25 avril 1996 (art. L. 315-3 CSS) ; il peut être saisi en cas de carence du comité médical paritaire local (CMPL).

B. Extension du champ des RMO

En 1997, la signature de deux conventions différentes pour les généralistes et les spécialistes entraîne la rédaction de deux listes de RMO pour partie distinctes : 194 pour les généralistes sur 48 thèmes, 243 pour les spécialistes sur 60 thèmes (soit quelques RMO par spécialité).

Le champ des RMO a été élargi aux consultations externes des établissements publics, aux établissements privés, au secteur privé conventionné des établissements publics. Restent hors champ les établissements publics, le respect des RMO pouvant, le cas échéant, être pris en compte dans la procédure d'accréditation.

C. Clarification du positionnement des RMO

L'articulation des recommandations de pratique clinique (RPC) et des RMO s'est clarifiée au fil du temps pour aboutir à une logique inversée par rapport à la situation initiale.

A l'origine, les RMO avaient prioritairement un rôle pédagogique ; puis, par souci de cohérence, des RPC ont été imposées en regard de chaque RMO. Aujourd'hui, les RPC sont devenues l'élément premier et central de la maîtrise médicalisée avec un rôle exclusivement pédagogique. L'établissement de RMO ne vient (si possible !) qu'en soutien des RPC. Cela impose une exigence prioritaire et renforcée du caractère opposable des RMO.

IV. Dispositif d'opposabilité des RMO

La décision de rendre opposable une RMO est de la seule responsabilité des parties signataires (convention médecins généralistes du 4 février 1998) [2].

Lorsque dans sa pratique (observée sur 2 mois au maximum), le praticien ne respecte pas les RMO au-delà du nombre de fois reconnu comme acceptable (définition de seuils), celles-ci lui seront opposées.

Les critères d'opposabilité prennent en compte plusieurs indices (gravité, importance numérique, incidence financière) déterminés par les parties signataires pour chaque RMO. Le médecin devra s'en expliquer devant ses pairs au CMPL. Une retenue financière pourra lui être notifiée par les caisses. La retenue est égale au produit d'un mois de cotisations sociales par chacun des indices évoqués ci-dessus.

Ce dispositif est très complexe ; le contenu en a été rédigé selon une approche plus juridique que technique.

En octobre 1999, le dispositif de sanctions a été rejeté par un arrêt du Conseil d'Etat à propos du règlement conventionnel minimal (RCM) applicable à ce jour aux spécialistes [5].

En novembre 1999, le Conseil d'Etat a confirmé cet arrêt à propos de la convention nationale des médecins généralistes au motif que les sanctions étaient susceptibles d'atteindre un montant excédent la participation des caisses aux cotisations sociales.

V. RMO et principes éthiques

La bienfaisance, la non-malfaisance, le respect de l'autonomie et l'équité ou la justice sont les principes éthiques de base qui doivent fonder toute action médicale ou toute action de santé publique. Comment les RMO contribuent-elles à l'application de ces principes ?

A. RMO et principe de bienfaisance

La finalité première des RMO associées aux RPC est l'amélioration de la qualité des pratiques et donc de l'état de santé de la population grâce à la disparition des effets iatrogènes liés aux prescriptions potentiellement dangereuses et à la réduction des effets secondaires de prescriptions redondantes ou inutiles. Cependant, l'impact des RMO sur l'état général de la santé est et restera limité. En effet, les situations médicales dans lesquelles peut être affirmée, au point de la rendre opposable, une règle de pratique médicale, sont elles-mêmes très limitées.

Plus on tend vers une formulation indiscutable d'une pratique inutile ou dangereuse, plus cette formulation peut s'éloigner de la RPC correspondante et se trouve ainsi de fait rarement transgressée. La diffusion des seules RMO (sans les RPC correspondantes) expose au risque d'éloigner les pratiques médicales de la qualité optimale. Or, l'impact des recommandations positives que sont les RPC n'a pas atteint sa pleine efficacité en raison de facteurs multiples : communication sur les RPC et diffusion en France récentes, liaison réglementaire aux RMO décidée secondairement, élaboration inachevée par l'ANAES et l'AFSSAPS des RPC correspondant aux RMO existantes (ex. : endoscopies digestives hautes, bilans biologiques systématiques).

Plusieurs études ont démontré l'efficacité des RMO pour limiter les pratiques inutiles ou dangereuses et donc pour contribuer à la bienfaisance des soins [6,7,8].

Un travail récent de l'Assurance maladie utilisant le codage des prescriptions pharmaceutiques démontre l'impact des RMO sur les prescriptions redondantes [9].

L'évaluation utilisant une méthode de type avant-après (mai 1993-juin 1997) a montré que la fréquence globale des prescriptions redondantes déconseillées par les RMO a été divisée par deux (passant de 3,7 % à 1,8 %) en 4 ans.

La diminution observée n'a pas été répartie de façon homogène selon les classes thérapeutiques.

Majeure pour les vasodilatateurs, les anti-ulcéreux et les médicaments à visée prostatique, elle a été beaucoup plus faible voire nulle pour les produits psychotropes (tableau I).

La comparaison avec des études similaires du CREDES confirme la cohérence des résultats (tableau II) [7].

L'évolution a été pérenne, le phénomène s'étant poursuivi sans l'effet rebond classiquement observé après tout plan de maîtrise.

Les prescriptions redondantes étant soit inutiles, soit dangereuses pour les patients, les résultats observés ont le mérite de conforter et de justifier l'uti-

Tableau I
Impact des RMO sur les prescriptions pharmaceutiques redondantes : étude sur deux caisses primaires d'assurance maladie
(Source : Assurance maladie, juin 1999)

Classe thérapeutique	Mai 1993*	Taux de redondance (%)		Significativité
		Jun 1997**		
Vasodilatateurs anti-ischémiques	17,1	6,7		$p < 0,001$
Antiulcéreux	4,9	0,7		$p < 0,02$
Médicaments à visée prostatique	15,0	2,1		$p < 0,01$
Veinotropes	6,2	2,1		NS
Sulfamides hypoglycémiant	2,0	0,4		NS
AINS	2,0	1,0		NS
Antidépresseurs	6,7	4,8		NS
Hypnotiques	1,1	1,0		NS
Anxiolytiques	5,7	5,8		NS
Fibrates/statines	0,0	0,0		NS

(*) Mai 1993 : 1293 dispensations.

(**) Juin 1997 : 175 817 dispensations.

Tableau II
Impact des RMO sur les prescriptions pharmaceutiques redondantes :
comparaison enquête CREDES / étude sur deux caisses primaires

Classe thérapeutique	Source des données	Taux de redondance (%)				
		1993	1994	1995	1996	1997
AINS	CREDES*	1,9	1,0	1,2	1,0	
	CPAM**	2,0				1,0
Antiulcéreux	CREDES	1,8	1,9	1,0	0,7	
	CPAM	4,9				0,7
Sulfamides hypoglycémiant	CREDES	1,5	1,3	1,4	1,1	
	CPAM	2,0				0,4
Produits à visée prostatique	CREDES	10,4	9,6	6,2	1,6	
	CPAM	15,0				2,1

Sources : (*) CREDES - LES RMO sur le médicament - 1998.

(**) Assurance maladie, juin 1999.

lisation des RMO associées aux RPC jusque-là absentes du système de soins français.

Toutefois, les études d'observation de type avant-après ne permettent pas d'éliminer le biais d'une tendance temporelle « spontanée » des pratiques médicales dans le sens attendu.

La RMO sur la double prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens a permis de diviser par deux les prescriptions considérées comme dangereuses car à risque de possibles effets secondaires iatrogéniques. Mais à l'évidence, l'impact financier sur ces prescriptions a été modeste. Ce constat souligne qu'il serait paradoxal de se contenter d'indicateurs financiers pour mesurer l'efficacité d'une maîtrise médicalisée.

Les résultats montrent également l'inutilité de certaines RMO lorsque le consensus sur les bonnes

pratiques est tel que tous les professionnels les respectent toujours.

Ainsi, la RMO sur les prescriptions redondantes de statines, pour laquelle nous n'observons en 1993 comme en 1997 aucun épisode de non-respect, pourrait être supprimée afin d'alléger le dispositif. [9]

En l'absence de codage exhaustif des prescriptions et des actes, il n'a pas été possible de réaliser une évaluation globale de l'impact du dispositif RMO. L'évaluation a donc surtout porté sur les prescriptions pharmaceutiques en raison des données agrégées disponibles.

Des études ponctuelles sur certains actes soumis à RMO incitent cependant à la prudence en montrant les limites et les écueils du dispositif [8]. Ainsi, pour les RMO relatives au traitement du cancer de

la prostate (thème 43), trois RMO ont été parfaitement respectées avant comme après leur publication. Alors que deux RMO (contestées dans leur formulation dès le début en raison de pratiques évolutives) n'ont pas été respectées dans 1/3 des cas avant comme après leur parution. Ce constat souligne la nécessité de repérer les dysfonctionnements réels des pratiques de soins et de sélectionner des pratiques validées scientifiquement afin de rédiger des RMO pertinentes quant à leur impact et non ambiguës quant à leur opposabilité.

B. RMO et principe de non-malfaisance

Les RMO contribuent au principe de non-malfaisance en écartant les pratiques inutiles ou dangereuses. La promotion de ce fondement éthique est leur raison d'être. Néanmoins, ce principe peut se trouver en défaut pour au moins quatre ordres de faits.

Certains praticiens peuvent s'écarter de la pratique optimale telle que prévue par les RPC pour « *se caler à la limite des pratiques sanctionnables* » telles que stipulées par les RMO. Ainsi, la RPC relative aux mammographies de dépistage préconise ce test tous les deux ans, mais une RMO, actuellement supprimée, permettait de réaliser ce test une fois par an.

Les RMO peuvent induire une fausse sécurité dans le système de soins car elles sont opposables aux seuls médecins et non aux patients. En effet, les patients peuvent : 1) consulter plusieurs médecins, 2) consulter en ville et à l'hôpital (où les RMO ne sont pas opposables), 3) provoquer des consultations multiples et cumuler les prescriptions notamment pharmaceutiques s'exposant ainsi à leurs effets délétères. La seule façon de limiter cette dualité de responsabilité entre médecin et patient est d'instaurer des systèmes de continuité des soins (carnet de santé, filières, réseaux...). La continuité des soins est un droit du patient (impliquant des devoirs). Il devrait être proposé à son choix, en sachant que ce dispositif, garant de la qualité des soins, introduit un dilemme : l'antinomie entre la qualité totale des soins et le respect absolu de l'intimité.

Les RMO pourraient ne pas prendre en compte l'utilité marginale de certains actes ou prescriptions. En fonction du principe de précaution, certains considèrent qu'il peut en résulter une « perte de chance » pour le patient. C'est oublier qu'en médecine tout est affaire d'équilibre entre le bénéfice et le risque et que les prescripteurs ont toujours la possibilité de transgresser les RMO dans un certain nombre de cas lorsque la pratique n'est pas dangereuse.

Enfin, l'impact médical des RMO doit être mesuré de façon approfondie et au long cours. En effet, l'introduction d'une RMO n'est pas toujours sans

innocuité et les effets induits ne peuvent pas être systématiquement anticipés et maîtrisés. Ainsi, le respect des RMO relatives à certains antibiotiques peut se traduire pas une substitution en faveur d'autres antibiotiques, susceptible de générer des résistances [10].

C. RMO et respect de l'autonomie

A ce jour, les RMO ne sont pas directement opposables aux patients et n'affectent donc pas leur autonomie. En revanche, le respect de l'autonomie et donc de la liberté de prescription est une exigence forte des professionnels de santé.

Les RMO sont en concordance avec les articles 8 et 40 du Code de déontologie médicale qui réfutent les actes inutiles et dangereux [11, 12].

La polémique consistant à opposer les RMO aux données actuelles de la science et à la liberté de prescription dans le cadre de procédures civiles ou pénales n'est donc pas fondée, chaque médecin restant libre de ses choix au cas par cas : l'opposabilité des RMO concerne la pratique et non pas un acte particulier ; elle n'entrave pas la liberté de prescription [13, 14, 15].

Elle ne peut donc être invoquée en défense par un praticien poursuivi devant des instances civiles ou pénales. De plus, le cadre conventionnel librement et individuellement consenti et la cogestion de toute la chaîne des RMO préservent l'autonomie des professionnels.

Les résultats nationaux du contrôle des RMO suggèrent, s'il en était besoin, que « la contrainte » des RMO semble bien acceptée. Si le non-respect ponctuel de RMO est fréquent, le dépassement des seuils est rare et conduit à un nombre de sanctions très faible.

En 1995 et 1996, 20 983 médecins (20 %) ont fait l'objet d'une étude de leur comportement face aux RMO : 10 120 médecins (48 %) ont dérogé au moins une fois à celles-ci et 483 d'entre eux (2,3 %) ont atteint au moins un seuil d'opposabilité. Ainsi sur deux années, seulement 121 médecins (0,6 %) ont fait l'objet d'une retenue financière [16].

D. RMO et principe de justice (ou d'équité)

a) RMO et allocation équitable des ressources

Dans un système fondé sur la solidarité et soumis à la rareté des ressources, limiter les dépenses inutiles est un facteur d'équité. L'allocation de soins inutiles est injuste ; l'application des RMO est donc un facteur d'utilisation optimale des ressources pour la communauté.

L'équité du dispositif des RMO est fondée sur trois arguments : la transparence, l'applicabilité à tous les médecins, la rationalité (critères scientifiques des RMO établis par l'ANAES et l'AFSSAPS).

Par construction, les RMO n'ont pas vocation à induire des effets macro-économiques. Dans le domaine du médicament, le plus étudié, l'impact économique des RMO est réel mais limité. La majeure partie des économies réalisées suite à l'application des RMO 1994 est liée aux RMO sur les antibiotiques (celles-ci ont entraîné une économie maximale de 232 millions de francs, substitution par d'autres classes thérapeutiques comprises, sur un volume d'environ 70 milliards de francs de prescriptions pharmaceutiques présentées au remboursement [7]).

L'impact initial sur les dépenses de pharmacie, compte tenu des transferts de prescriptions a été pérenne. Les économies sur la prescription engendrées la première année ont persisté par la suite mais sans marquer d'inflexion supplémentaire des dépenses de pharmacie. Les effets financiers des autres RMO sur les médicaments sont marginaux [7].

b) RMO et équité entre les professionnels

Les RMO couvrent l'activité médicale de manière très hétérogène. Le dispositif crée une inégalité entre les professionnels de soins car les RMO ne s'adressent pas à tous les modes d'exercice et leur « poids » est variable selon les domaines médicaux.

Les RMO ne sont pas opposables aux praticiens exerçant à l'hôpital public (mais elles devraient être appliquées dans le cadre d'un système d'assurance qualité). Elles ne concernent ni les chirurgiens-dentistes ni les auxiliaires médicaux bien que leur extension à ces professions ait été prévue par l'ordonnance du 25 avril 1996.

Le nombre total de RMO s'adressant aux spécialistes (243) a été rééquilibré par rapport au nombre de RMO destinées aux généralistes (194) ; mais chacune des spécialités est concernée par un petit nombre de RMO.

VI. Perspectives

Les choix qui présideront à l'évolution des RMO doivent contribuer à atteindre les objectifs stratégiques d'un système de santé répondant aux règles éthiques définies par l'OMS [17] : garantir la qualité des soins, assurer l'égalité d'accès aux soins, contribuer à la prévention des maladies, donner la priorité aux soins primaires, répartir le pouvoir de manière à responsabiliser les patients et les personnels, adapter les coûts aux ressources de la société.

Le dispositif des RMO a sa place dans la MMDS, mais il est aujourd'hui très fragilisé sur plusieurs maillons de la chaîne : la rédaction des RMO, les relations conventionnelles, les possibilités de sanctions.

Son maintien nécessite donc une adhésion de tous les partenaires aux objectifs poursuivis (contribu-

tion prééminente à la qualité des soins plus qu'à l'adaptation des dépenses aux ressources) et une volonté affichée par tous les acteurs de respecter les règles de fonctionnement [18].

Pour préserver ce dispositif, quatre orientations sont souhaitables :

1. Renforcer les modalités d'élaboration, de révision et de diffusion des RMO

La rédaction des RMO par les agences habilitées doit être très rigoureuse, en sachant qu'une RMO est d'autant plus pertinente qu'elle répond à un dysfonctionnement des pratiques et que les données actuelles de la science autorisent une opposabilité sans ambiguïté.

Pour ce faire, une saisine plus systématisée des agences par les caisses nationales d'assurance maladie doit être organisée et la responsabilité des partenaires conventionnels sur l'adoption de RMO véritablement opposables doit être renforcée. Des RMO mal ciblées et de mauvaise qualité encombrant inutilement le dispositif.

Une relecture périodique des RMO est nécessaire afin d'apporter les actualisations indispensables pour suivre les données acquises de la science. L'impact médical du dispositif impose qu'un soin particulier soit apporté à la diffusion diversifiée des RMO et des RPC correspondantes. Enfin, de toute évidence, une évaluation globale du dispositif est hors d'atteinte, mais une évaluation ciblée doit être poursuivie afin de s'assurer que les RMO contribuent à infléchir les comportements dans le sens d'une amélioration de la qualité des pratiques [19].

2. Éviter les aléas de la vie conventionnelle

Les annulations itératives, totales ou partielles, des conventions médicales rendent vulnérable le dispositif des RMO. Elles s'accompagnent, en effet, d'une « amnistie » générale et ne permettent pas aux procédures d'aller jusqu'à leur terme. Or, la constitution d'un dossier « RMO » nécessite en moyenne huit mois de travail préparatoire.

Cette situation est particulièrement démotivante pour les praticiens-conseils qui, dans le cadre de leur responsabilité conférée par la loi, contribuent à la moralisation des pratiques médicales et confortent les médecins soucieux de qualité et de précision dans leurs actes et prescriptions.

3. Adopter des procédures d'opposabilité simplifiées et acceptées

Il faut redéfinir des procédures d'opposabilité beaucoup plus légères et souples, afin que le CMPL ou le CMR puisse statuer simplement (y compris dans l'hypothèse de sanction) en gardant les caractéristiques de structures précontentieuses gérées par des pairs et préservant, hors de leur enceinte, l'anonymat des médecins contrôlés.

4. Généraliser le dispositif des RMO à l'ensemble des professions médicales

Les RMO ne concernent que la médecine libérale. Dans ce secteur, elles devraient couvrir plus largement le champ d'activité des spécialistes et s'étendre aux chirurgiens-dentistes. Mais surtout, le principe d'égalité et le simple bon sens imposent que les RMO s'appliquent à l'hôpital public où l'évaluation de leur respect devrait être formalisée dans la procédure d'accréditation. La cohérence voudrait que les RMO soient également opposables aux patients. Des dispositifs de continuité des soins (filières, réseaux) accompagnés d'outils de suivi (carnet de santé, dossier médical unique) devraient faciliter cette exigence indispensable à la qualité des soins.

Ce texte a fait l'objet d'une allocution à la Journée d'éthique Maurice Rapin de novembre 1999.

RÉFÉRENCES

1. Aymé S. Implications éthiques de la démarche évaluative. In : *L'évaluation médicale – Du concept à la pratique*. Paris : Médecine Sciences – Flammarion 1996, 88-93
2. Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la convention nationale des généralistes. JO 5 décembre 1998, pp.18329 et s.
3. Kerleau M. L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise de dépenses de santé. *Sciences sociales et santé* 1998; 116:5-32.
4. Beau P. Les RPM dans les systèmes à l'étranger. In : *Les RMO - Actes de la première journée d'assurance maladie de la CANAM*. Paris : Ed. CANAM, 1998 ; pp. 13-20.
5. Arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale. JO 14 novembre, pp. 17147 et s.
6. Cavalieri P. Les RMO : Quel impact sur la consommation des médicaments ? *Economie et Statistique*, 1998;312-313,2/3:85-99.
7. Lepape A, Sermet C. Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de 3 années d'application. CREDES, Série Analyses, 1998.
8. Leroy M. Traitement du cancer de la prostate : la parution de la RMO a-t-elle modifié les comportements ? In : *Les RMO - Actes de la première journée d'assurance maladie de la CANAM*. Paris : Ed. CANAM, 1998 ; pp. 99-102.
9. Weill A, Païta M, Fender P, Delvainquière JP, Machand M, Garrigue P, Ricordeau P, Allemand H. Les RMO : Quel impact sur les prescriptions pharmaceutiques redondantes ? *Concours Médical*, 1999;121: 2836-41.
10. Ménard J. Problématique et méthodologie d'élaboration des RMO. In : *Les RMO : Actes de la première journée d'assurance maladie de la CANAM*. Paris : Ed. CANAM, 1998 ; pp. 23-26.
11. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale (JO 8 sept.).
12. Hoerni B. *Ethique et déontologie médicale*. Paris : Masson ; 1996.
13. Laude A. La force juridique des RMO. *Médecine et Droit* 1998;28: 1-3.
14. Monestier Carlus D. Régulation médicalisée des soins et responsabilité médicale : incidences sur l'expertise judiciaire. *Médecine et Droit* 1998;33:6-8.
15. Sargos P. Références médicales opposables et responsabilité des médecins. *Médecine et Droit* 1998;28:9-12.
16. Delorme J. La Cour des comptes et les RMO. *Concours Médical* 1999;121:356-8.
17. Cholley D. Systèmes de Santé : enjeux éthiques. *Faculté de médecine de Strasbourg – Faculté de médecine de Nancy. Mémoire Diplôme inter-universitaire « Ethique médicale », décembre 1998, 35 pages.*
18. Ogien A. Une analyse de la mise en œuvre des RMO. *Cahiers de recherche de la MIRE* 1998;4:25-8.
19. Durand Zaleski I, Colin C, Blum-Boisgard C. An attempt to save money by using mandatory practice guidelines in France. *BMJ* 1999; 315:943-6.