

...**Self-regulation of the medical profession** has a long history on both sides of the Atlantic. Longstanding physician-led organisations have been responsible for setting (and maintaining) standards for the profession. However, critics view **self-regulation as an implicit social contract** between physicians and payers (or the government)—physicians have essential knowledge and provide service to the community in exchange for autonomy and freedom

Lancet 2006

Valeurs traditionnelles

- Autonomie professionnelle
- Garantie d'activité et sécurité professionnelle
- Déférence et respect des patients et de la société

Nouveaux impératifs

- Responsabilité croissante
 - Nécessité de centrer son action sur le patient
 - Assurer les malades et leur entourage d'une disponibilité et d'une attention personnalisée
 - Assumer un risque de judiciarisation
- S'impliquer dans un travail en équipe multidisciplinaire en adhérant à des protocoles d'amélioration de la qualité
 - S'inscrire dans des procédures d'évaluation des pratiques cliniques incluant l'avis des malades

BMJ 2002

JAMA May 12, 2015 Volume 313, Number 18

*.....Individual physicians can no longer assert authority with complete autonomy and independence—getting by with “**Trust me, I’m a doctor.**”*

Corresponding Author: Richard J. Baron, MD,
American Board of Internal Medicine,
510Walnut St,
Ste 1700, Philadelphia,
PA 19106-3699
rbaron@abim.org.

Fundamental Principles

- *Principle of primacy of patient welfare*
- *Principle of patient autonomy.*
- *Principle of social justice.*

A Set of Professional Responsibilities

- *Commitment to professional competence.*
- *Commitment to honesty with patients.*
- *Commitment to patient confidentiality.*
- *Commitment to maintaining appropriate relations with patients.*
- *Commitment to improving quality of care.*
- *Commitment to improving access to care.*
- *Commitment to a just distribution of finite resources..*
- *Commitment to scientific knowledge.*
- *Commitment to maintaining trust by managing conflicts of interest.*
- *Commitment to professional responsibilities.*

American Board of Medicine (2002/2007)

Les dix « C » de la *Clinical Governance* (1998)

- *Clinical performance*
- *Clinical leadership*
- *Clinical audit*
- *Clinical risk management*
- *Complaints*
- *Continuing health needs assessments*
- *Changing practice through evidence*
- *Continuing education*
- *Culture of excellence*
- *Clear accountability*

Le serment d'Hippocrate

..... rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé
..... individuels et sociaux.

.....toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté ...
...les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

....l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

..... mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services

Art. L 162-2 du code de la sécurité sociale

*Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément **aux principes** déontologiques fondamentaux que sont :*

- - **le libre choix du médecin par le malade**
- - **la liberté de prescription du médecin,**
- - **le secret professionnel,**
- - **le paiement direct des honoraires par le malade,**
- - **la liberté d'installation du médecin,**

sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi 71-525 du 3 juillet 1971.

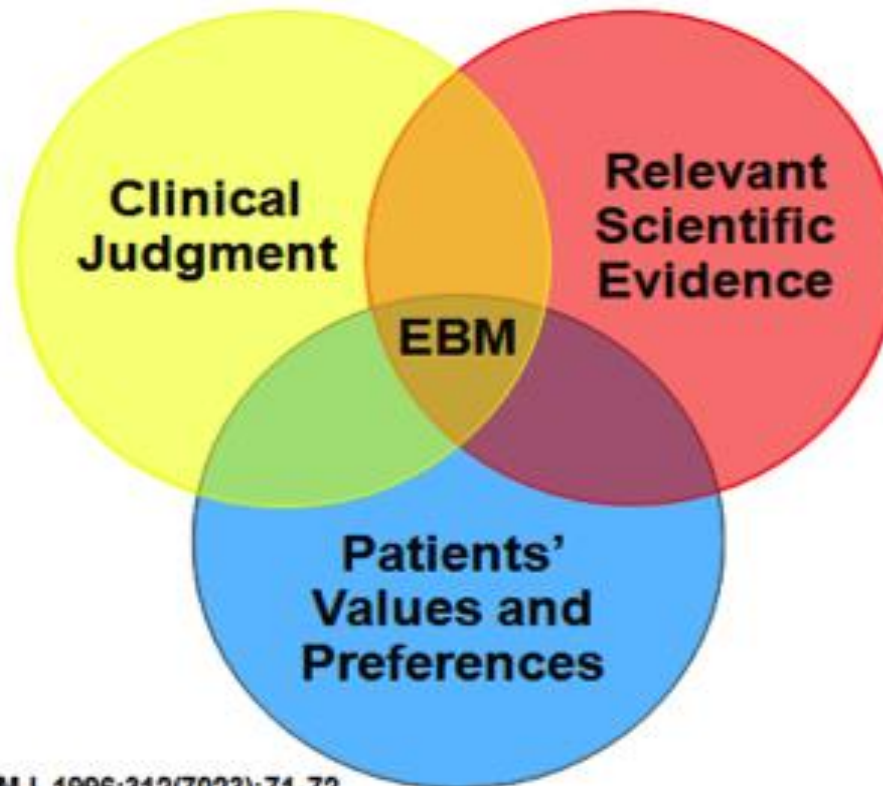
Dès les années 90 : un concept novateur (OMS) : le ***five-star doctor***.

- **Dispensateur de soins** (*Care provider*)
- **Décideur** (*Decision-maker*)
- **Communicateur** (*Communicator*)
- **Conscient des besoins de la communauté**
(*Community leader*)
- **Animateur/Gestionnaire** (*Manager*)

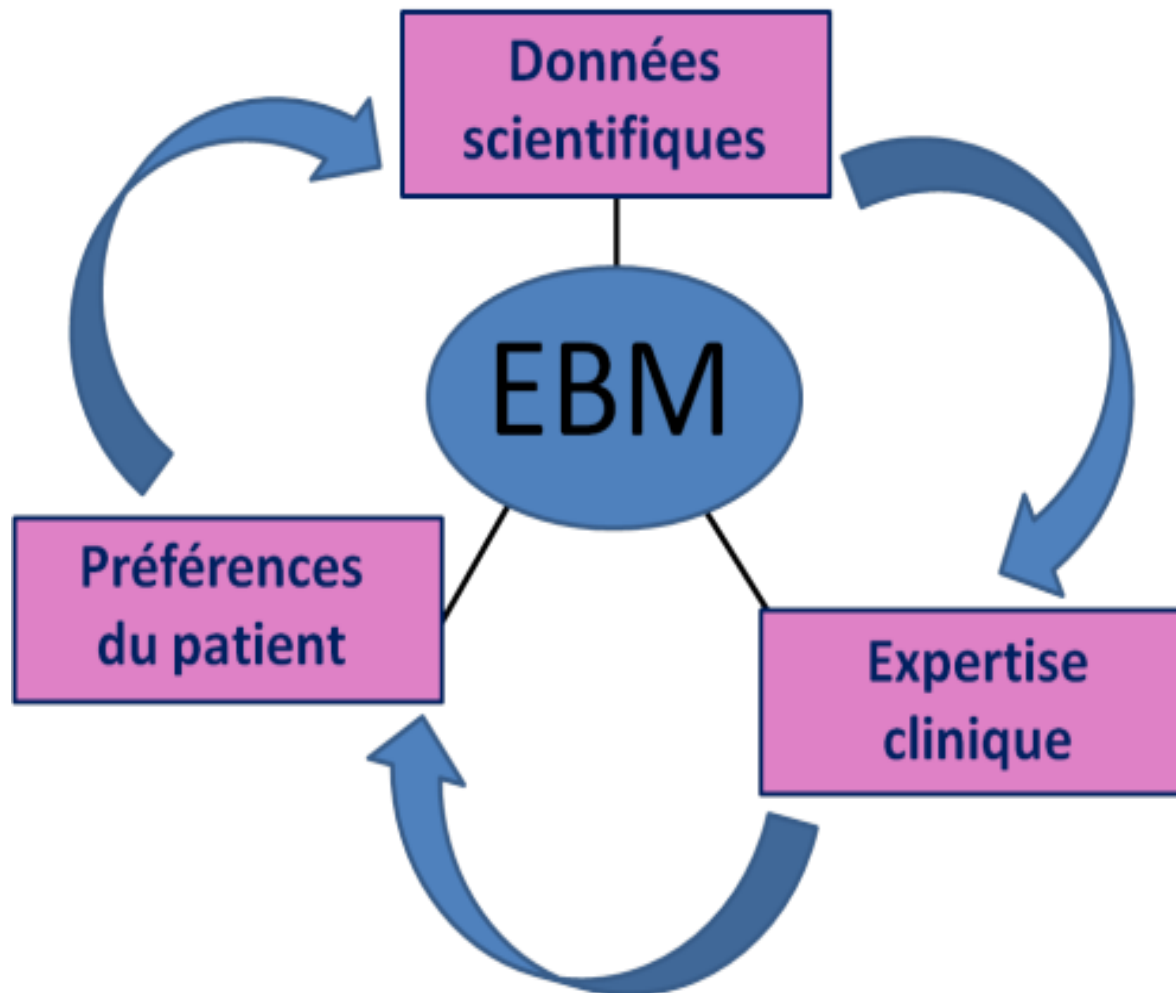
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1314933>

1. une **organisation particulière** pour les malades chroniques complexes ;
2. un **accès** aux soins élargi H 24 et 7j/7 ;
3. un **retour d'expérience** systématique, fondé sur l'avis des patients ;
4. une **politique d'amélioration** de la qualité nourrie par un suivi d'indicateurs;
5. une **coordination** de l'ensemble des acteurs, en particulier avec les soins spécialisés et les urgences ;
6. des processus de **décision concertée ou partagée** ;
7. la mise en œuvre d'une **communauté d'apprentissage** et d'excellence (ces items 5, 6 et 7 étant des déclinaisons d'un **teamwork** fondateur).
8. des modes de **rémunération** des professionnels, adaptés et synergiques avec les évolutions en cours.
9. **l'utilisation significative des systèmes d'information, dont on voit qu'ils sont déterminants sur les 8 points ci-dessus.....**

What Is Evidence-Based Medicine?

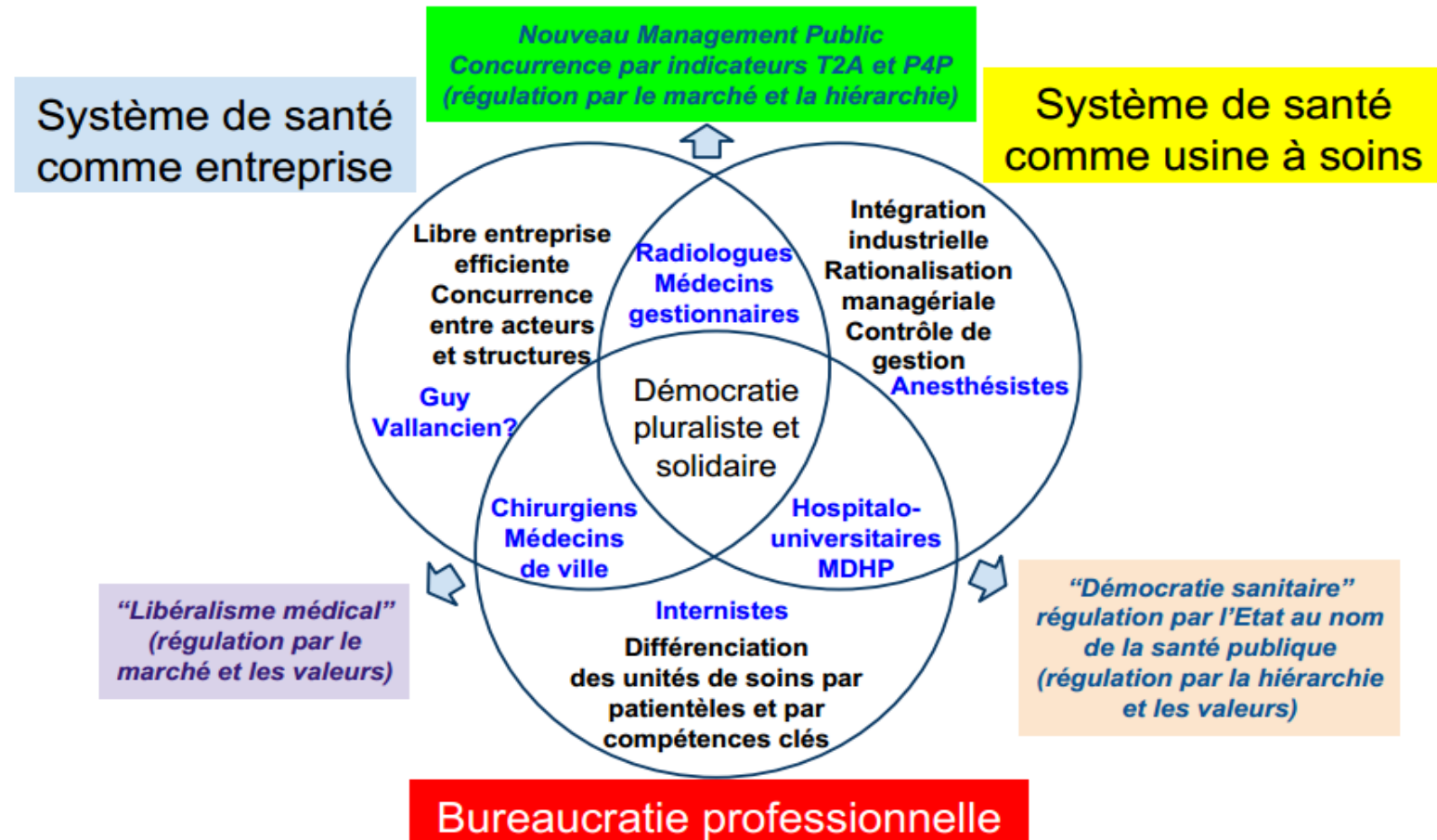


Sackett DL, et al. *BMJ*. 1996;312(7023):71-72.



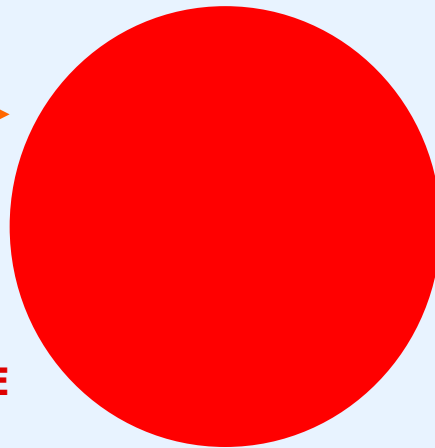
La médecine face au nouveau management public

Le pire ennemi du médecin est le médecin



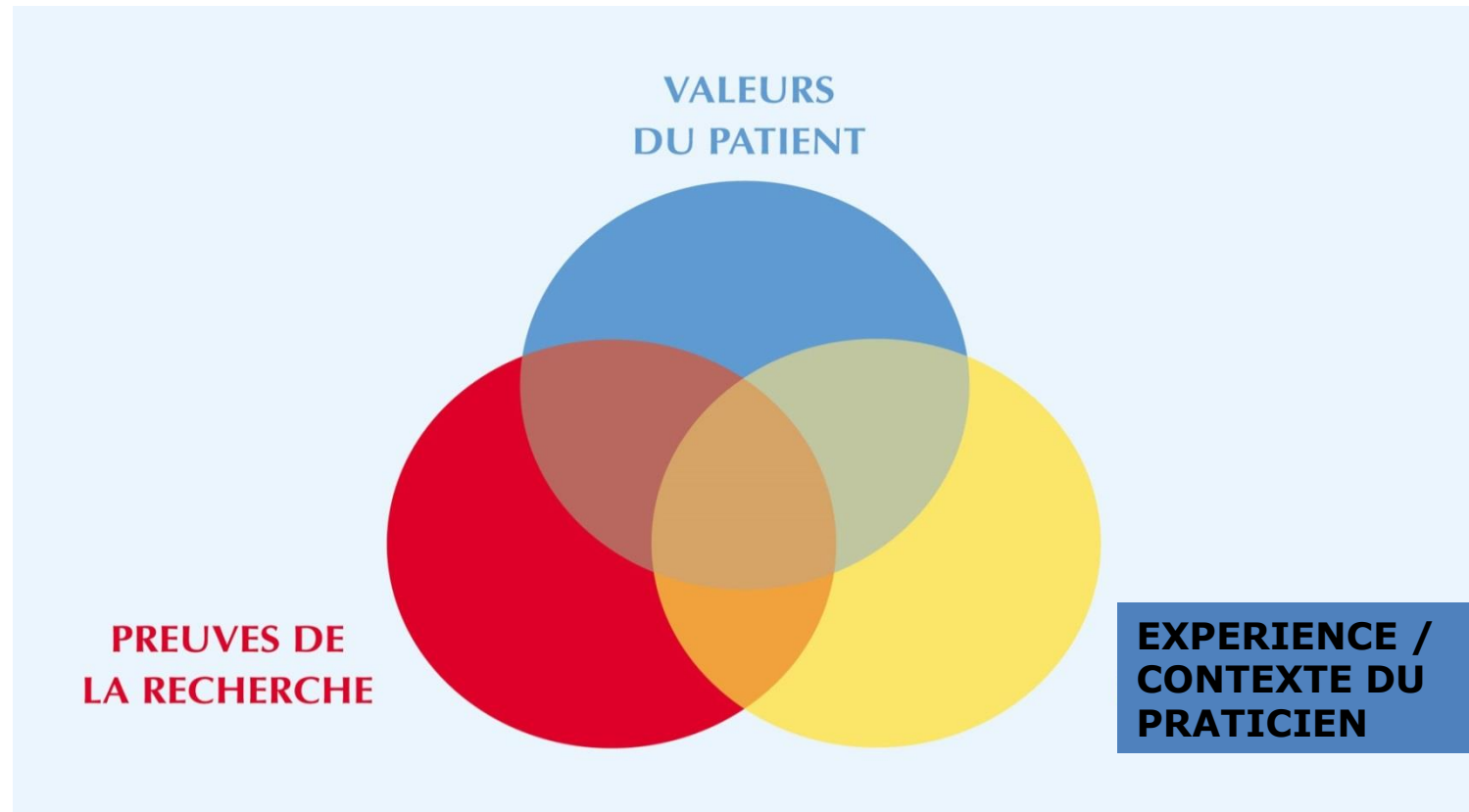
EBM - Modèle de décision clinique

RPC



**PREUVES DE
LA RECHERCHE**

EBM - Modèle de décision clinique



- Un modèle **équilibré** et modulable qui concilie écoute du patient, responsabilité du praticien et données de la science

1. Culture EBM De + en + partagée

2. « Reco »
(encyclopédique) → Reminder/DataSat [smartphone][®] ↗ Actualisable
↘ Adaptable

3. « Par maladie » → Protocoles pluripro pour malades
polypathologiques

4. Disponibilité de l' « Etat de l'art »... actualisé

Les quatre évolutions professionnelles en cours:

1. de l'exercice individuel (isolé) vers l'exercice « **regroupé** »
2. du médecin directif, qui devient **participatif** avec son malade*
3. de la prescription originale qui devient une **personnalisation d'un protocole** (pluripro).
4. du paiement à l'acte au bénéfice d'une **diversification** (forfaits/sur objectifs/P4P/allocation d'équipe ...)

....alors, il va bien falloir que les valeurs professionnelles soient actualisées

*les malades sont devenus « sachants » et les maladies chroniques

Finalité



L'EBM a une finalité : mieux soigner les malades