Sociétés savantes et syndicats

Learned societies and unions

D. Heresbach

© Springer-Verlag France 2012

Sans refaire les historiques, classiquement les sociétés savantes sont sollicitées en particulier par les tutelles pour l'établissement de recommandations, pour organiser la FMC ou proposer un panel d'experts alors que le syndicat est l'interlocuteur privilégié de l'organisme contractuel et ses tutelles pour mise en place et amélioration de la convention. Cette dualité, bien que persistante, trouve progressivement ses limites du fait du progrès médical à progression moins exponentielle et d'un glissement progressif mais croissant des règles de bonne pratique pour une stratégie globale ou une maladie aux dépens des recommandations pour un acte, ou les indications d'un médicament. Dans ce premier cas, lorsque des recommandations ou guidelines sont encore publiées, les aspects organisationnels et médicoéconomiques prennent une place progressivement croissante. Cet impact des aspects économiques ne semble pas devoir diminuer dans la conjoncture actuelle et remet en question l'équilibre avec lequel jusqu'à présent les choix « conventionnels » étaient fondés principalement sur le pronostic médical. Certes, le ratio médicoéconomique doit permettre de favoriser l'acte ou la stratégie la plus performante médicalement et la moins onéreuse. Cependant, au-delà de l'unité choisie (nombre d'années de vie globale, ajustée à la qualité de vie, ajustée à l'autonomie de vie) pour quantifier ce ratio et donc le point de vue selon lequel on se situe (individuel, organisme ou établissement payeur ou sociétal), trois exemples récents ou actuels illustrent le déplacement de la frontière entre sociétés savantes et syndicat ou tout du moins le fait que les tutelles choisissent leurs interlocuteurs ou aucun des deux dans la conjoncture financière actuelle.

Le premier en place depuis quelques années est représenté par l'Acbus concernant le taux de coloscopie « précocement » répété dont on ne peut pas scientifiquement critiquer mais dont la fixation du taux à 0,5 % ne trouve aucune justification publiée en dehors de la série « deux jours en endosco-

pie » qui, parmi les 5 % de coloscopies précoces, en a dénombré 2,5 % comme utiles et motivées !

Le deuxième est le débat larvé mais anticipant les résultats d'un observatoire des tutelles sur le pourcentage de double examen (fibroscopie œsogastroduodénale et coloscopie) dont, au-delà de l'observatoire, il est bien difficile de trouver dans la littérature publiée une base scientifique au choix d'un pourcentage « idéal » ou justifié. L'état des lieux est à faire mais les premières recherches de données publiées sont frustrantes !

Le troisième n'est pas encore dans l'œil du cyclone mais aurait ou aura un impact majeur sur la pratique de la gastro-entérologie et son attractivité. La stratégie de prise en charge du polype colique de moins de 5 mm est déjà débattue dans la littérature avec des publications peu nombreuses mais qui oscillent plus en faveur d'une innocuité de certains d'entre eux ; en outre, j'ai eu l'occasion dans un des éditoriaux précédents d'alerter sur l'avis « préconçu » de la HAS à propos de ce sujet, et il est urgent de prévenir plutôt qu'un jour de « guérir ». L'état des lieux est désormais disponible dans ce numéro d'*Acta Endoscopica* et il est souhaitable que sociétés savantes et syndicats se prononcent sur ce sujet. Faut-il rappeler que ce polype représente 50 % des polypes enlevés et que la moitié, soit 25 % des polypes, sont des adénomes contribuant à un pourcentage peu connu (3 % des coloscopies, 5 % des coloscopies avec polypes, 9 % des coloscopies avec adénome dans une étude monocentrique américaine) de 1,2 million de coloscopies annuelles.

Les deux premiers exemples illustrent la motivation plus économique que médicale ou scientifique pour des décisions sur des sujets sans bases objectives publiées. Qu'en sera-t-il du troisième exemple pour lequel, sans pouvoir assurer une stricte innocuité, plusieurs études de bon niveau commentent à faire pencher la balance ? Depuis une décennie, le sens économique tue le sens politique, alors pourquoi les moyens économiques ne tueraient-ils pas les moyens médicaux ?

Avant de disposer d'une éventuelle recommandation toujours longue à mettre en place, surtout sans moyens organisationnels, ou faute de données de la littérature permettant de plus en plus de ne recommander qu'à partir d'un niveau de

D. Heresbach (✉)

Unité d'endoscopie digestive, centre hospitalier de Cannes, 15, avenue des Broussailles, CS 50008, F-06414 Cannes, France
e-mail : d.heresbach@ch-cannes.fr

preuve 3 ou 4, soit d'un niveau d'évidence de grade C ou D, il serait utile de donner la parole sur ce dernier point aux anciens présidents de la SFED libéraux ou hospitaliers ou des organismes professionnels (CREGG et syndicats) sur « l'avenir des règles de bonnes pratiques » au sens large. Faute de preuves médicales objectives, les négociations sont

privées de l'appui ou de la base médicale et scientifique relayés par les sociétés savantes et utiles aux syndicats pour recourir à de nouvelles techniques ou stratégies, et obtenir par convention leur financement, codification et cotation. La réponse dans les pages du prochain numéro ?