

# Provocant ou réaliste ?



Emmanuel Chartier-Kastler  
(AIHP 1984)  
Paris VI - Président de l'AAIHP

L'évolution naturelle de l'exercice médical spécialisé – hors médecine générale – va vers la multidisciplinarité. Depuis le plan cancer 2003-2007, les réunions multidisciplinaires se sont officiellement développées en oncologie sous l'impulsion de l'HAS, de l'INCA et d'une réglementation favorable au patient (1). De nombreux domaines pathologiques nécessitent régulièrement la participation de l'expert médical, de l'expert chirurgical, de l'expert de l'imagerie etc... Ceci pour une décision objective et une information complète du patient. Les sur-spécialités de nos différentes spécialités médicales (DES et DESC) sont le lieu privilégié de ce partage d'expertise et de prise de décision.

Plusieurs limites à cette évolution de l'exercice médical apparaissent :

- Absence de nomenclature des actes ou des consultations permettant de valoriser la présence de chacun des experts.
- Absence de reconnaissance officielle et de valorisation d'une pratique médicale devenue pratique quotidienne pour beaucoup de groupes médicaux privés ou publics.
- Absence d'évolution de la formation des jeunes étudiants de troisième cycle à qui il faudrait savoir offrir dans leur maquette de DES ou DESC des semestres adaptés à l'acquisition des connaissances minimales des spécialités frontières pour de futures discussions plus cohérentes et approfondies.
- Protectionnisme de certaines spécialités pour leurs prérogatives historiques.

La question de l'existence des spécialités médicales telles que nous les connaissons aujourd'hui mérite d'être soulevée. Sans remettre en cause celles-ci, l'intégration aux cursus de formation des notions de partage d'expertise devrait être promue et poussée pour le bien de nos futurs patients. Les spécialités d'organe ne sauraient être remises en cause. Peut-on encore imaginer en 2013 qu'un patient puisse ne pas trouver le bon parcours de soins simplement parce que l'expertise et la prise de décision thérapeutique n'ont pas été partagées ? L'exemple de l'oncologie a montré comment il était possible de faire

La question de l'existence des spécialités médicales telles que nous les connaissons aujourd'hui mérite d'être soulevée. Sans remettre en cause celles-ci, l'intégration aux cursus de formation des notions de partage d'expertise devrait être promue et poussée pour le bien de nos futurs patients.

”

travailler ensemble autour d'un même dossier différents spécialistes d'organes ou transversaux.

Ne pourrait-on pas éviter ces multiples deuxième voire troisième avis si les patients avaient la perception que la décision qui leur est proposée est basée sur le meilleur de l'état de l'art et sur un partage objectif d'expertise et orienté vers son bénéfice exclusif ?

Enfin l'expérience des expertises regroupées pour les maladies rares ou orphelines ne mériterait-elle pas d'être regardée et adaptée pour des pathologies plus fréquentes ? Au moment où les référentiels et *guidelines* sont écrits dans tous les domaines pathologiques, basés par principe sur des expertises multidisciplinaires, il est probablement temps que les spécialités promeuvent ce mouvement pour suggérer des adaptations rapides des maquettes de DES et DESC. Cette responsabilité est d'abord celle des Collèges de spécialités et des Associations professionnelles avant l'HAS ou le ministère de la Santé. Enfin devant une pénurie médicale annoncée et présente, il y a là une possibilité de gagner du temps pour tout le monde et d'améliorer encore la qualité des soins tout en valorisant ces activités dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC).

Provocation ou réalisme : je vous laisse juge et réagir.

(1) Keating NL, Landrum MB, Lamont, Bozeman SR, L. *Tumor Boards and the Quality of Cancer Care*. Journal of the National Cancer Institute, 2012; DOI: 10.1093/jnci/djs502 2.