

# Pertinence des soins et variations des pratiques médicales



Dossier coordonné par  
**Arnaud Fouchard** et **Philippe Michel**



# Des soins pertinents ?

**De fortes variations d'activités de soins existent entre régions ou territoires qui ne s'expliquent pas par la démographie ou l'état de santé des populations. Cela amène à se poser la question de la pertinence des soins.**

## La pertinence : nouvelle justification pour faire des économies ou nouvelle dimension de la qualité des soins ?

**Arnaud Fouchard**  
Direction générale  
de l'offre de soins

**L**a volonté d'améliorer la pertinence des soins n'est pas nouvelle mais elle fait l'objet d'une approche renouvelée car elle intervient au carrefour d'un contexte financièrement contraint, qui incite à limiter les dépenses inutiles, et d'une préoccupation grandissante pour la qualité des soins et la sécurité du patient.

Bien que la qualité du système de santé dans notre pays soit de bon niveau, les inégalités y sont très importantes : les inégalités sociales, largement documentées, y compris dans cette revue, et les inégalités géographiques ou territoriales qui le sont beaucoup moins et qui résultent du fait que les patients sont pris en charge différemment en fonction du lieu dans lequel ils résident. On parle de « variations » ou de « variabilité des pratiques médicales » : au sein d'un groupe d'individus présentant la même pathologie et les mêmes symptômes, certains vont être traités et d'autres pas. Parmi les patients traités, certains le seront en ville, d'autres à l'hôpital et certains d'entre eux recevront un traitement médicamenteux quand d'autres seront opérés. Les comparaisons montrent par exemple que dans certains départements français,

il y a deux fois plus d'accouchements par césarienne que dans d'autres [42].

Dans un certain nombre de cas, cette variabilité répond à l'épidémiologie locale, à l'état particulier des patients (leurs comorbidités par exemple), à leurs préférences, à un protocole de recherche ou à une nouvelle technique en cours de déploiement. Ces variations sont considérées comme justifiées. Mais des variations qui ne sont liées ni à l'état du patient, ni à ses préférences, existent aussi. Depuis son article paru en 1973 dans la revue *Science*, John Wennberg est le chercheur qui a le plus travaillé sur ces questions de variations injustifiées (*Unwarranted variations*). Il est aussi le fondateur du *Dartmouth Atlas of Health Care* qui documente depuis 1999 les profils de consommation des soins aux États-Unis, par zone géographique. Il écrivait en 2010 que « la plupart de ces variations dépendaient surtout de la capacité et de la volonté des médecins à offrir le traitement approprié plutôt qu'à des écarts qui seraient liés à la pathologie ou aux préférences des patients » [54].

La conséquence de ces variations est que, d'un côté, certains patients n'ont pas accès aux soins qui leur

*Les références entre  
crochets renvoient à la  
Bibliographie générale  
p. 57.*

## Les effets délétères des actes non pertinents

La pertinence (en prévention, diagnostique, thérapeutique, réadaptation) contribue fortement au respect du premier principe de l'exercice médical : *primum non nocere*<sup>1</sup>.

La sous-utilisation des soins, définie comme la non-réalisation d'actes médicalement justifiés, est en grande partie la cause des dommages pour les patients associés aux soins [37]. Les retard et absence de diagnostic et de traitement concernent une proportion élevée des prises en charge de patients porteurs de maladie chronique. Le chiffre de 50 % est souvent

1. « D'abord ne pas nuire »

avancé dans les pays développés [19]. Cette sous-utilisation est la conséquence d'erreurs par omission qui sont à peu près aussi fréquentes que les erreurs par commission [38]. Les conséquences en termes de perte de chance et de dommage pour les patients n'ont pas été estimées à large échelle.

La surutilisation des soins, définie comme la réalisation d'actes non médicalement justifiés, peut également créer des dommages aux patients, soit directement par les complications des tests diagnostiques ou des traitements, soit indirectement en générant des résultats positifs (vrais-

positifs ou faux-positifs) nécessitant la poursuite d'explorations, voire des diagnostics en excès, conduisant à terme à des erreurs et des événements indésirables associés aux soins [20]. De surcroît, l'annonce de résultats faussement positifs peut avoir des conséquences psychologiques importantes pour les patients [7]. Enfin, nous incluons dans cette liste les prises en charge agressives au regard des effets attendus, dans les maladies graves comme en fin de vie, qui détériorent la qualité de vie des patients, ou plus simplement qui ne tiennent pas compte des préférences de patients [35].

**Philippe Michel**  
Direction  
organisation,  
qualité, risques  
et usagers,  
Hospices civils  
de Lyon

seraient nécessaires, et que d'un autre côté, certains patients subissent des traitements ou des examens, alors qu'ils n'en ont pas besoin... Et cela ne dépend ni de leur condition (pathologies, comorbidités...), ni de leur préférence. Ces soins, lorsqu'ils ne sont pas les plus adaptés à la situation du patient, sont qualifiés de « non pertinents ». À noter qu'il faut distinguer la notion de soin justifié et de soin pertinent : hospitaliser un patient pour une chirurgie est justifié mais non pertinent, si cette même chirurgie peut être faite en ambulatoire.

Ces variations interrogent la capacité de notre système de santé à assurer une égalité « de traitement » sur l'ensemble du territoire et mettent en cause l'efficacité des soins délivrés. Pour les institutions nationales, garantes de la santé de la population et responsables des finances publiques, il apparaît nécessaire de réduire ces variations des pratiques afin, non seulement, d'améliorer l'accès à des soins de qualité mais aussi d'améliorer la pertinence des soins délivrés. Car d'une part, il faut rappeler que des soins sont toujours potentiellement dangereux pour le patient et l'exposition à ce risque n'a pas lieu d'être si l'acte est injustifié et que d'autre part, ces actes occasionnent des dépenses importantes qui seraient mieux utilisées autrement. Reste à trouver les moyens de persuader des professionnels qui sont les seuls à pouvoir agir sur ces actes inutiles.

### Davantage la priorité des institutions que celle des professionnels

Pour les soignants qui vivent au quotidien les conséquences des économies imposées par les établissements de santé, par les agences régionales de santé et par le ministère, la pertinence des soins reste encore un concept flou. Il est souvent dominé par l'impression qu'il s'agit d'une nouvelle justification pour réduire encore les moyens dont ils disposent, pour surveiller leurs

pratiques et finalement pour faire peser la pression de tout un système sur eux.

Si certains directeurs, responsables qualité ou professionnels de santé, s'emparent du sujet, c'est loin d'être le cas dans toutes les équipes médicales ; travailler à l'analyse et l'amélioration de sa pratique requiert un temps que tout le monde ne choisit pas de s'accorder. Mais pour le médecin, ce n'est pas un luxe, c'est une nécessité. De par son métier, et même s'il n'a qu'une obligation de moyen, il doit proposer au patient les meilleurs soins compte tenu de son état. Savoir quelle est la prise en charge la plus adéquate relève de l'évaluation des pratiques. Le médecin, en tant que prescripteur, a un rôle central au sein de l'équipe. Les équipes paramédicales interviennent dans l'exécution de cette prescription et même si elles permettent parfois de repérer des erreurs dans les prescriptions médicales, c'est le médecin qui porte la responsabilité de la prescription et c'est donc à lui de prescrire le traitement le plus approprié au patient.

Apparemment, il semble y avoir un consensus au sein de la communauté médicale pour considérer qu'une large part des actes et prescriptions réalisés sont inutiles. Après une enquête réalisée auprès de 800 médecins, la Fédération hospitalière de France a avancé le chiffre de 30 %. Effectivement, lorsque l'on interroge les soignants, ils sont prompts à souligner que tel ionogramme sanguin a été « prescrit mais même pas regardé au retour du laboratoire », que tel scanner est fait « en attendant l'IRM » ou que telle prescription médicamenteuse est faite « pour que le patient ne soit pas venu pour rien ». Les soignants connaissent bien le problème des examens faits de manière systématique et ces prescriptions indésirables. Mais ils les justifient aussi par le fait que « le patient ne peut pas repartir sans rien », que « c'est lui qui l'a demandé » ou



ils invoquent « *la peur du contentieux* » lorsqu'il s'agit d'un examen plus lourd qu'ils ont concédé alors qu'ils n'auraient pas souhaité le prescrire. Mais c'est oublier la responsabilité du praticien. Les recours sont moins nombreux que les événements indésirables, en France. L'exercice médical a évolué et les rapports qu'entretiennent les patients avec leur médecin aussi. Toutefois, le sachant demeure le professionnel de santé, c'est à lui que revient la charge de s'informer, de conseiller et d'inciter son patient.

### La pertinence, un concept évolutif

La pertinence d'un geste, d'un acte ou d'une prise en charge évolue dans le temps. En médecine, les avancées dans la connaissance et le développement des nouvelles techniques d'intervention rendent rapidement caduques, ce qui a été appris, ce qui a pu être recommandé. Deux exemples pour illustrer cela : les endoprothèses coronaires et l'appendicectomie. Depuis que les endoprothèses coronaires (ou stents) sont apparues, elles ont été massivement implantées car elles apportent un bénéfice en termes de survie pour le patient victime d'un syndrome coronaire aigu, au point que les centres de cardiologie interventionnelle se sont multipliés. Pourtant, il n'a pas fallu très longtemps pour se rendre compte que si ces stents apportaient un bénéfice en matière de survie dans le cas où ils étaient posés à la phase aiguë, le plus rapidement possible, ceux implantés après n'avaient que peu d'effets bénéfiques, en termes de soulagement des symptômes, comparativement au seul traitement médicamenteux. Car les patients à qui l'on pose des stents sont exposés à des risques de complications pendant l'intervention, à des saignements à long terme et à la thrombose de stent. Une étude rétrospective portant sur les 600 000 poses de stents annuelles aux États-Unis entre 2009 et 2010 montrait que si la plupart des stents posés en phase aiguë étaient justifiés, seule la moitié des stents posés hors phase aiguë (73 000) pouvait être déclarée « pertinente », 38 % des poses pouvaient être qualifiées « d'incertaines » et 12 % « de non pertinentes » soit près de 17 000 interventions [12]. Le sujet de l'innovation thérapeutique est important à mettre en perspective dans ce contexte : nouveauté ne signifie pas nécessairement progrès, des médicaments nouveaux peuvent avoir un apport faible, voire nul, dans la stratégie thérapeutique. S'emparer des nouvelles techniques n'est donc pas forcément le gage du soin le plus adapté au patient tant qu'elles n'ont pas fait l'objet d'une évaluation satisfaisante.

Considérons maintenant l'appendicectomie, intervention courante qui consiste à retirer l'appendice lorsqu'il est infecté. En France, le nombre d'interventions est passé de 300 000 dans les années 1980 à 80 000 en 2010, soit une baisse d'un facteur 4 en trente ans, en raison notamment de l'évolution des indications des appendicectomies [18]. Ce que l'on constate cependant c'est que cette baisse de façon tendancielle ne l'est pas

de façon uniforme sur le territoire. Pourtant, si l'accès aux soins de tous est un droit, recevoir les soins les plus appropriés l'est tout autant (article L. 1110-5 du Code de la santé publique).

### Comment agir pour améliorer la pertinence des soins ?

La sensibilisation des patients et usagers du système de soin à cette problématique de la pertinence est un axe important qui nécessitera des outils spécifiques (lire p. 43).


S'agissant des professionnels médicaux et paramédicaux, il est incontestable que la formation initiale et continue soit un levier majeur pour maintenir des connaissances en phase avec les avancées de la science et des techniques.

Comment amener les professionnels à analyser la pertinence de leurs actes et prestations au quotidien ? Il y a là une dimension personnelle qui relève de l'analyse de ses performances individuelles, en se comparant aux autres, au référentiel. Pour cela, la mise à disposition des professionnels de données et d'indicateurs, de manière à leur permettre l'objectivation de leurs résultats, des variations des pratiques entre praticiens, des écarts aux référentiels est indispensable pour leur compréhension. Ces indicateurs doivent venir renforcer les outils d'amélioration de la qualité des pratiques et l'installation d'une culture d'auto-évaluation. Une autre dimension relève de l'équipe : certaines décisions peuvent être prises en staff, qu'il soit interne à l'équipe ou élargi à l'avis d'autres spécialistes comme c'est déjà le cas en oncologie. Les discussions médico-chirurgicales destinées à évaluer l'opportunité de l'angioplastie ou celle d'un pontage aorto-coronarien sont à encourager. L'équipe est aussi le bon niveau pour standardiser ce qui peut l'être. Aux États-Unis, le système de santé *Intermountain Healthcare* développé dans l'Utah, et mis en avant par le président Obama, au moment de sa réforme, en raison de ses faibles coûts *per capita* [16], prône la mise en place de procédures qui tiennent compte des référentiels de bonnes pratiques disponibles et consignent dans les dossiers médicaux les justifications des écarts à cette procédure. En retour, ces écarts récurrents viendront alimenter la procédure qui deviendra plus précise. Comme dans l'industrie, ce qui peut être standardisé doit permettre de réduire les variations et d'améliorer la qualité des soins au bénéfice du patient et sans nuire pour autant à l'autonomie du médecin [4].

Enfin, et pour que la transposition du *lean management*<sup>1</sup> à l'hôpital français devienne réelle, il conviendra

**1.** Le *lean management* est un système d'organisation du travail qui trouve ses racines au Japon et cherche à mettre à contribution l'ensemble des acteurs afin d'éliminer les gaspillages qui réduisent l'efficacité et la performance d'une entreprise. Pour cela, le *lean* se fixe comme objectif d'éradiquer trois « démons » de l'organisation du travail : Muda (tout ce qui est sans valeur), Muri (l'excès ou la surcharge de travail engendrée par des processus non adaptés) et Mura (la variabilité, ou l'irrégularité).

aussi de supprimer les pratiques inutiles ou obsolètes en commençant par dresser une liste d'actes qui peuvent être qualifiés de « faible valeur ajoutée » (*low-value procedures*) au regard des évaluations de leur balance bénéfique/risque, des recommandations de bonne pratique et des stratégies thérapeutiques *evidence-based*. Les prostatectomies réalisées pour

hypertrophie bénigne de la prostate ou les césariennes faites chez des patientes à bas risque pourraient faire partie de cette liste, par exemple. Ces actes pourront évidemment toujours être réalisés dès lors que l'état d'un patient le nécessitera, mais ils devront devenir marginaux car il ne s'agit pas, dans la plupart des cas, de la pratique la plus pertinente. 

## Que sait-on des variations des pratiques en établissements ?

Les variations de pratique médicale découlent des différentes stratégies thérapeutiques qui peuvent être utilisées par les médecins pour traiter un patient. Plusieurs facteurs interviennent dans ce choix de la part du médecin, à commencer par son expérience et sa formation. Mais ce ne sont pas les seuls, des facteurs liés au patient sont également à prendre en compte, comme son état clinique, ses préférences devant les différentes thérapeutiques... D'autres facteurs indépendants de ces deux acteurs peuvent également intervenir, comme la disponibilité de l'offre de soin, l'existence de recommandations de bonnes pratiques...

Comme on le voit cette variabilité des pratiques est plurifactorielle et si on veut la mesurer objectivement il faut une base de données dans laquelle on peut rattacher un médecin à un patient, et qui comporte des informations sur l'état clinique du patient et sur les actes réalisés permettant d'analyser les choix thérapeutiques en fonction des recommandations, lorsqu'elles existent. En routine, la seule base permettant de faire ce type d'analyse est le Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram). Cependant elle est d'utilisation complexe et ne permet d'analyser que la pratique des médecins du secteur libéral.

La question qui est posée ici concerne les variations des pratiques en établissement, et donc pour ce faire on va considérer un établissement comme une seule entité médicale, en faisant abstraction du fait qu'en son sein les médecins pourraient avoir des pratiques médicales différentes.

L'habitude depuis les années 1970-80, avec les travaux de Wennberg *et al.* sur ce sujet, est d'utiliser les variations de taux de recours sur des zones géographiques données.

Le taux de recours mesure la consommation de soins hospitaliers des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population domiciliée dans cette zone. Il a l'avantage de se calculer facilement à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), pour la consommation

de soins, et des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour la population des zones géographiques. Il faut noter que dans ce cadre, sur une zone géographique, plusieurs établissements peuvent être présents et ce faisant on analyse en fait la pratique moyenne des médecins de l'ensemble de ces établissements.

Les conditions pour que deux zones géographiques aient les mêmes taux de recours pour une activité donnée sont, sans essayer d'être exhaustif :

- le fait que leur population soit comparable pour ce qui est de l'âge et du sexe. Ces paramètres peuvent être contrôlés en réalisant une standardisation (on parlera de taux de recours standardisés) ;
- le fait que l'état de santé supposé des populations soit équivalent : en particulier qu'il n'y ait pas de facteurs épidémiologiques ou environnementaux impactant l'activité analysée qui diffèrent entre les deux zones. On pourra citer la consommation d'alcool, ou l'ensoleillement, comme facteurs pouvant influencer sur certaines activités par exemple ;
- le fait qu'il n'y ait pas de facteurs socio-économiques et culturels trop différents entre les zones comparées. On peut évoquer ici, comme exemple, le caractère rural ou urbain des zones ;
- un accès aux soins équivalent pour les deux zones. On pourra citer ici, l'existence d'un CHU dans une des zones par exemple ;
- l'accessibilité géographique et la disponibilité de l'offre ;
- le fait que tous les médecins concernés aient les mêmes pratiques en moyenne.

Une variation d'un taux de recours standardisé n'est donc pas synonyme d'une différence de pratique et nécessite une analyse complémentaire afin de vérifier qu'il n'y a pas de facteur confondant pouvant biaiser les conclusions.

Ces préalables ayant été posés, les taux de recours par zone géographique sont-ils disponibles en France ?

Depuis plusieurs années l'ATIH propose une application sur son site de restitution Scansanté

**Max Bensadon**  
Directeur adjoint,  
chef de service,  
Service Architecture  
et production  
informatiques,  
Agence technique  
de l'information sur  
l'hospitalisation  
(ATIH)



(<http://www.scansante.fr>) offrant plus de 40 000 cartes et plus du double de tableaux permettant de présenter les taux de recours bruts et standardisés par âge et par sexe (lire p. 22).

Les zones géographiques pouvant être interrogées sont les régions, les territoires de santé ou des zonages spécifiques réalisés à la demande des agences régionales de santé (ARS).

Les activités pour lesquelles les taux de recours sont présentés concernent tous les champs de l'hospitalisation (maladie, chirurgie, obstétrique – MCO ; hospitalisation à domicile – HAD ; soins de suite et réadaptation – SSR) ; psychiatrie et « ensemble des champs ») avec un développement plus important pour le champ MCO pour lequel on peut analyser, outre le taux de recours global, les activités suivantes :

- Activités liées aux indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) définis par le ministère dans le cadre du suivi de l'activité des ARS.
- Activité de soins (MCO – hors séances) correspondant à des regroupements de groupes homogènes de malades (GHM) tentant de s'approcher de l'activité des services de médecine, chirurgie ou obstétrique.
- Catégories d'activités de soins (CAS) : correspondant à des regroupements de GHM liés à la réalisation des actes (chirurgie, petit interventionnel, obstétrique, sans actes et séances).
- Domaines d'activité (DoAc) : au nombre de 28, ils correspondent à des regroupements de GHM permettant de se caler sur des spécialités médicales.
- Groupes Planification (GP) : au nombre de 82, ils

déclinent les catégories d'activités de soins par groupes dans une logique de planification.

- Groupes Activités (GA) : au nombre de 218, qui sont une déclinaison des groupes Planification.
- Activités ciblées pertinence des soins dans les programmes nationaux : au nombre de 33, elles correspondent à des activités choisies sur des arguments de fréquence, d'évolution et de variabilité importantes du taux de recours. Elles sont complétées par des activités notées comme importante dans ce cadre au niveau national ou international (chirurgie bariatrique par exemple).
- Par actes classants : permettant de choisir une famille, une sous-famille voire un acte de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Les tableaux présentés permettent d'avoir les évolutions des taux de recours sur cinq ans et présentent un autre indicateur en fonction du choix : le nombre de séjours, si analyse de taux bruts, un indice national permettant l'interprétation, si taux standardisés.

En complément le site ScanSanté permet d'accéder à des tableaux d'analyse croisant l'activité des établissements de santé de la région choisie et la consommation des habitants de chaque territoire de santé. Les taux d'attractivité et taux de fuite interrégionaux et intra-régionaux (par territoire) sont également disponibles.


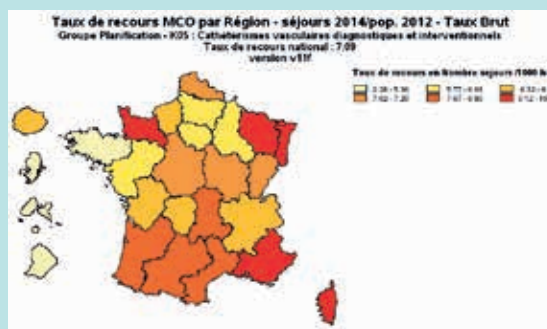
Cet ensemble d'applications, même s'il n'a évidemment pas l'envergure de l'Atlas de Dartmouth qui a une vocation d'information du public, permet de fournir un ensemble d'éléments importants pour les décideurs, en particulier les ARS, dans le cadre des analyses des problèmes de recours à l'offre de soins. 

figure 1

### À titre illustratif : le type de carte qui est produit et le type de tableau présentant les évolutions de taux de recours brut sur 5 ans



Code	Région	Taux brut					Nombre de séjours				
		2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
1	Guadeloupe	2,47	2,49	2,65	3,32	3,71	993	998	1067	1342	1496
2	Martinique	3,63	3,74	3,72	3,99	4,08	1443	1481	1467	1566	1585
3	Guyane	2,53	2,78	2,45	2,51	2,28	554	625	562	596	547

# Les variations des pratiques en ambulatoire : enseignements et rôle de la rémunération sur objectifs de santé publique

Les variations des pratiques médicales sont définies ici comme des différences dans les prises en charge diagnostiques et thérapeutiques qui ne s'expliquent pas par la diversité des situations cliniques, des besoins ou des caractéristiques des patients. Ces variations sont observées à l'échelle populationnelle, que ce soit au niveau des territoires, des patientèles, de catégories de patients, etc. Depuis les années 1970, et notamment les travaux de Wennberg aux États-Unis, la mise en évidence de ces variations questionne la pertinence des pratiques concernées. Mesurer la variation des pratiques permet ainsi d'identifier des situations potentielles de non-pertinence (par excès ou par défaut, avec des conséquences éventuelles en termes d'efficacité, d'efficience et de sécurité), de cibler des mesures correctrices le cas échéant, et de suivre et d'évaluer les résultats de ces mesures. C'est notamment à partir d'une telle description des pratiques, de leur variabilité et de leur comparaison avec la situation dans d'autres pays et avec des référentiels, lorsqu'ils existent, que l'Assurance maladie définit ses priorités et ses leviers d'interventions<sup>1</sup>. Qu'en est-il de la situation en médecine ambulatoire en France ? Les travaux historiques portent sur la chirurgie et le recours aux soins hospitaliers. Cependant, la médecine ambulatoire a aussi fait l'objet de nombreuses études, même si la mesure est plus difficile et les comparaisons internationales parfois malaisées. L'utilisation des bases de remboursement est une opportunité de systématiser et d'affiner ces démarches. En effet, l'amélioration et l'enrichissement progressif de ces bases, en particulier le récent chaînage des données hospitalières et de remboursement de ville, permettent l'analyse non seulement d'actes isolés mais aussi de processus de soins dans leur ensemble et permet le développement d'indicateurs plus précis concernant une situation ou une pathologie déterminée. Nous illustrerons ici l'intérêt de l'utilisation de ces bases à travers l'exemple de la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins traitants. En effet, la ROSP, parce qu'elle concerne l'ensemble des médecins traitants, parce qu'elle couvre un large éventail des pratiques médicales et parce que ses indicateurs se basent sur des référentiels, représente une bonne illustration des variations des pratiques et des écarts aux recommandations qui peuvent être constatés.

1. Comme illustration de la démarche, voir par exemple les rapports annuels de propositions : [www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2016.php](http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2016.php)

La ROSP a été mise en place en 2012 par l'Assurance maladie, suite à la signature de la nouvelle convention médicale. Elle concerne l'ensemble des médecins traitants. Elle a fait suite au Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), expérimentation auprès de médecins traitants volontaires lancée en 2009. La rémunération est basée sur le niveau et l'évolution des pratiques en fonction d'objectifs déterminés sur un certain nombre d'indicateurs. Ces indicateurs concernent d'une part l'organisation du cabinet et la qualité du service, et d'autre part la qualité de la pratique médicale déclinée en trois axes : suivi des pathologies chroniques, prévention et optimisation des prescriptions (efficience). Pour chacun des indicateurs un objectif cible a été défini en fonction des écarts entre les recommandations et la pratique collective, de l'observation de la situation dans les autres pays et de l'hétérogénéité entre praticiens<sup>2</sup>.

L'analyse des indicateurs lors de la mise en place du dispositif objective d'importantes variations géographiques des pratiques. À titre d'exemple, la part de patients ayant bénéficié d'une consultation d'ophtalmologie et/ou d'un fond d'œil, était en moyenne de 61 % en 2012 et variait de 41 % à 68 % selon les départements.

Ces variations ne s'observent pas seulement entre territoires, mais aussi à l'échelle du médecin, entre patientèles. Pour reprendre l'exemple du fond d'œil en 2012, moins de 47 % des patients diabétiques en ont bénéficié dans le premier décile des médecins, contre plus de 77 % dans le dernier décile.

Un autre facteur de variation est la situation sociale des patients, estimée à l'échelle collective par la mesure de l'indice de défavorisation de la zone géographique d'installation du médecin traitant (à fin 2013, en moyenne, 63 % de fonds d'œil dans le premier décile de défavorisation [communes les plus favorisées], contre 59 % dans le dernier décile). En utilisant un autre indice, la part de patients bénéficiaires de la CMUc dans la patientèle, les résultats sont encore plus marqués (en moyenne, 65 % de fonds d'œil dans le premier décile, contre 58 % dans le dernier décile)<sup>3</sup>.

Il faut noter que l'évolution 2012/2014 est globa-

2. La liste des indicateurs est disponible à l'adresse suivante : [www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-de-qualite-de-la-pratique-medicale.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-de-qualite-de-la-pratique-medicale.php)

3. Choukroun S., Decroix M., Debeugny G., Frangeul S., Schramm S. Rémunération sur objectifs de santé publique et inégalités sociales en santé. 9<sup>e</sup> congrès de la médecine générale. Paris : mars 2015 [communication affichée].

**François Alla**  
PU-PH, Université de Lorraine, conseiller, Direction générale de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés



lement favorable, quoique variable selon les indicateurs<sup>4</sup>. La proportion globale d'exécution passe de 53 % en 2012 à 65 % en 2014. En particulier, un resserrement des écarts s'observe avec une nette amélioration des résultats des médecins qui étaient le plus éloignés de la médiane (figure 1).

En conclusion, la ROSP permet d'illustrer la diversité des pratiques des médecins traitants. Diversité qui s'observe à l'échelle géographique mais aussi en fonction de la situation sociale des patients, ce qui questionne le rôle du système de soin dans le maintien, la réduction voire l'aggravation des inégalités sociales de santé. Le suivi de l'évolution des indicateurs montre que la ROSP contribuerait à réduire les écarts et donc potentiellement à améliorer la pertinence des soins et leur conformité aux recommandations. Elle contribuerait aussi à l'amélioration de l'équité de la prise en charge

4. Cnamts. *La rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à trois ans*. Dossier de presse, avril 2015. [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_Bilan\\_ROSP\\_2014-150427.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2014-150427.pdf)


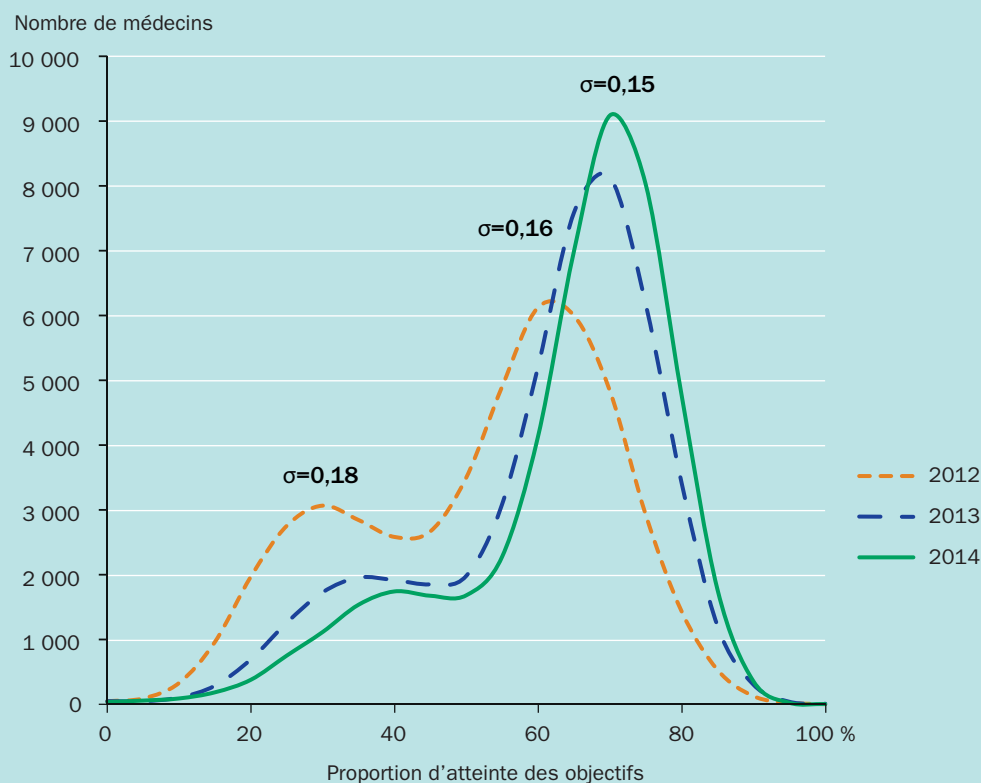
par homogénéisation des pratiques, la rémunération soutenant ce processus. Il faut toutefois préciser que l'analyse des résultats à l'échelle de la patientèle ne permet pas de répondre à la pertinence d'une pratique à l'échelle individuelle pour un patient donné (des facteurs non mesurés par les systèmes d'information pouvant entrer en compte). La ROSP n'a ainsi pas vocation à se substituer aux autres démarches d'amélioration des pratiques mais à y concourir : pour le médecin, le fait de disposer d'éléments de comparaison par rapport à ses confrères représente en effet un outil pour revisiter la pertinence de ses pratiques. Par ailleurs, cet exemple démontre la faisabilité de l'utilisation des données de remboursement pour le suivi d'indicateurs. L'utilisation de ces données permet en effet d'identifier les problèmes potentiels (sur quoi agir?), de définir les leviers d'interventions (comment agir?) et de cibler les territoires ou professionnels concernés (où agir?). Les évolutions techniques, organisationnelles et juridiques en cours devraient favoriser l'utilisation de ces données par les chercheurs et les régulateurs du système de santé. 

figure 1

### Évolution des proportions d'exécution de la ROSP entre 2012 et 2014 pour l'ensemble des indicateurs



Champ : omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle médecin traitant d'au moins 200 patients.

Source : CnamTS.



## L'exemple des interventions médicales pour les grossesses à bas risques

**A** partir de l'enquête nationale périnatale de 2010, l'étude présentée ci-après décrit comment la fréquence des interventions obstétricales varie suivant le statut et la taille des maternités. Plus d'une femme sur deux dont la grossesse est à bas risque (52 %) a eu au moins une intervention obstétricale (travail déclenché, césarienne, extraction instrumentale, épisiotomie) en 2010. La probabilité d'avoir une intervention n'est pas plus élevée dans les grandes maternités. Elle l'est, en revanche, dans les maternités privées.

Les données scientifiques actuelles sont en faveur d'une limitation des interventions médicales chez les femmes à bas risque. Ces interventions présentent

un risque d'effets iatrogènes et ont un coût financier. Elles provoquent en outre l'insatisfaction de certains couples qui souhaitent un accouchement plus naturel.

La fermeture de nombreuses maternités, à l'origine d'une concentration des naissances dans de plus grands services, ravive ces préoccupations : des études réalisées à l'étranger mettent en effet en évidence une fréquence plus élevée des interventions médicales dans les grandes maternités. Il est donc important de connaître la fréquence des principales interventions réalisées pendant l'accouchement chez les femmes à bas risque, qui représentent, selon les définitions, entre 60 et 80 % de l'ensemble des femmes qui accouchent.


**Bénédicte Coulm**  
**Béatrice Blondel**  
 Inserm, U1153  
 Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique, Centre de recherche épidémiologie et statistique Sorbonne Paris cité, université Paris-Descartes  
**Annick Vilain**  
 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

### L'enquête nationale périnatale de 2010

**L**es enquêtes nationales périnatales (ENP) contribuent au suivi et à l'évaluation des plans Périnatalité. Elles ont eu lieu en 1995, 1998, 2003 et 2010. Elles recueillent des informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque, à partir d'un échantillon représentatif des accouchements constitué de toutes les naissances en France pendant une semaine. Le questionnaire est rempli pour partie en interrogeant la femme enceinte, et pour partie avec les informations

contenues dans le dossier médical, pour les pathologies de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et l'état de l'enfant. La dernière enquête a eu lieu du 15 au 21 mars 2010 dans toutes les maternités de Métropole et dans les DOM à l'exception de la Martinique. Au total, 14 681 femmes ont été incluses dans l'ENP de 2010, dans 535 établissements.


L'enquête a été mise en œuvre par la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (Drees), la Direction générale

de la santé (DGS) et l'équipe de recherche en épidémiologie périnatale, obstétricale et pédiatrique (EPOPé) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) [U1153]. Elle a été réalisée avec la participation des services départementaux de Protection maternelle et infantile (PMI) et grâce à la contribution des personnels médicaux et administratifs des maternités. Elle a été financée par la Drees et la DGS. 

### Les femmes présentant des grossesses à bas risque de complications

**L**es femmes à bas risque obstétrical sont des femmes pour lesquelles la probabilité d'avoir un accouchement par voie basse sans complication, d'un enfant unique vivant et en bonne santé est élevée. Ce groupe de femmes a été obtenu en excluant les cas de pathologie grave préexistante, les antécédents obstétricaux défavorables et les complications de la grossesse les

plus fréquemment trouvés dans la littérature. D'après ces critères, 65 % des femmes incluses dans l'enquête nationale périnatale 2010 étaient considérées à bas risque obstétrical. Cette sélection a permis de constituer un groupe de femmes *a priori* comparable d'une maternité à l'autre, en atténuant les variations de recrutement entre services. La sélection s'est faite ici sur la base d'événements anté-

rieurs au début du travail, sans tenir compte des éventuelles complications survenues pendant l'accouchement, dont certaines peuvent justifier une intervention. Le groupe des femmes à bas risque obstétrical ne constitue donc pas un groupe dans lequel on ne devrait observer aucune intervention obstétricale. 



### 52 % des femmes ayant une grossesse à bas risque ont une intervention lors de leur accouchement

Parmi les 9530 femmes à bas risque enquêtées<sup>1</sup>, dont la grossesse ne présentait pas de complications<sup>2</sup>, 24 % d'entre elles ont eu un déclenchement du travail, 10 % une césarienne, 15 % une extraction instrumentale et 20 % une épisiotomie (lire les encadrés p. 17). La moitié des femmes (52 %) ont eu au moins l'une de ces quatre interventions.

### Des pratiques pas plus fréquentes dans les grandes maternités

Les déclenchements, les césariennes et les épisiotomies ne sont pas plus fréquents dans les grandes maternités. Seul le risque d'extraction instrumentale y est un peu plus important, multiplié par 1,2 dans les maternités de 3000 accouchements ou plus par an, en comparaison avec celles de moins de 1000 accouchements, à statut de maternité, âge gestationnel, poids de naissance, âge maternel, parité, indice de masse corporelle (IMC), pays de naissance et niveau d'étude identiques (tableau 1). Par ailleurs, la fréquence des quatre interventions étudiées ne diffère pas suivant le niveau de spécialisation des maternités.

L'absence de lien entre la fréquence des interventions et la taille de l'établissement pourrait s'expliquer par des mécanismes de compensation entre des effets contraires. D'une part, les grands établissements (ou les établissements très spécialisés) pourraient appliquer des politiques de prise en charge plus interventionnistes, par une transposition des protocoles dédiés aux femmes enceintes à haut risque vers les femmes présentant des grossesses à bas risque. D'autre part, les obstétriciens des grandes maternités (ou des maternités très spécialisées) pourraient être davantage incités à adopter des prises en charge fondées sur les connaissances scientifiques les plus récentes [11, 29]. Dans ces maternités, souvent universitaires, les professionnels assurent en effet la formation des étudiants et de l'animation d'activités de recherche.

Par ailleurs la réglementation relative aux conditions de fonctionnement des maternités pourrait limiter les

différences de pratique entre les services les plus petits et les autres : la présence d'une équipe médicale complète sur place ou en astreinte opérationnelle 24 heures sur 24 est obligatoire dans chaque maternité et les possibilités de maintien des maternités réalisant moins de 300 accouchements par an sont limitées (Décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998).

### Plus d'interventions dans les maternités privées

Le risque d'avoir une intervention lors de l'accouchement est 1,2 fois (IC<sup>3</sup> 95 % 1,2-1,3) supérieur dans les maternités privées, en comparaison avec les maternités publiques, après prise en compte des caractéristiques des mères et des nouveau-nés et de la taille de la maternité. La probabilité d'avoir une césarienne ou une épisiotomie est multipliée par 1,3 dans les maternités privées, et celles d'avoir un déclenchement ou une extraction instrumentale sont respectivement multipliées par 1,4 et 1,5. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette situation. La crainte du risque médico-judiciaire et des poursuites pourrait être plus forte dans les maternités privées, et amènerait les praticiens à pratiquer plus facilement une césarienne ou un déclenchement, afin d'anticiper des risques potentiels pour la mère ou le nouveau-né. En France, ces pressions seraient plus importantes en médecine libérale, puisque c'est le médecin lui-même, et non pas l'établissement comme dans le secteur public, qui endosse la responsabilité civile médicale et qui encourt une condamnation en cas de poursuites.

Le gain de temps apporté par une césarienne ou des interventions programmées pourrait également permettre à l'obstétricien d'organiser et de mieux gérer son temps de travail, car il est souvent amené à réaliser des consultations en parallèle à son activité en salle de naissance, parfois même en dehors de la maternité. Par ailleurs, dans le secteur privé, les obstétriciens assurent le plus souvent seuls le suivi d'une patiente et pourraient, par exemple, accéder plus facilement aux demandes des femmes qui souhaitent un déclenchement ou une césarienne, même en dehors de toute indication médicale. Enfin, les sages-femmes, qui auraient une approche moins interventionniste de l'accouchement que les obstétriciens [47, 52], réalisent moins souvent les accouchements non instrumentaux dans les établissements privés (44 %) que dans les établissements publics (92 %).

**3.** Intervalle de confiance : permet de définir une marge d'erreur entre les données d'un sondage et les données de la population totale.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 57.

**1.** D'après l'enquête nationale périnatale de 2010.

**2.** Les femmes à bas risque obstétrical ont été sélectionnées sur la base d'événements antérieurs au début du travail, sans tenir compte des éventuelles complications survenues pendant l'accouchement, dont certaines peuvent justifier une intervention. Ainsi, le groupe des femmes à bas risque obstétrical ne constitue pas un groupe dans lequel on ne devrait observer aucune intervention obstétricale.

tableau 1

## Fréquence des interventions obstétricales suivant la taille et le statut des maternités

	Effectifs	Fréquences en %	Risque relatif <sup>3</sup>	IC à 95 %
<b>Déclenchement</b>	<b>9 334</b>	<b>23,9</b>		
<b>Taille de la maternité (acc./an)</b>				
< 1000	1 732	24,5	réf	
1000-1999	3 295	23,6	0,9	0,8 ; 1,1
2000-2999	2 668	23,7	1,0	0,9 ; 1,1
≥ 3000	1 639	24,1	1,0	0,9 ; 1,1
<b>Statut</b>				
Public	6 685	22,0	réf	
Privé	2 649	28,8	1,4	1,3 ; 1,5
<b>Césarienne</b>	<b>9 437</b>	<b>10,1</b>		
<b>Taille de la maternité (acc./an)</b>				
< 1000	1 749	10,4	réf	
1000-1999	3 327	10,4	0,9	0,8 ; 1,1
2000-2999	2 707	9,6	0,9	0,7 ; 1,0
≥ 3000	1 654	10,3	0,9	0,8 ; 1,1
<b>Statut</b>				
Public	6 740	9,5	réf	
Privé	2 697	11,9	1,3	1,1 ; 1,4
<b>Extraction instrumentale</b>	<b>8 480</b>	<b>15,2</b>		
<b>Taille de la maternité (acc./an)*</b>				
< 1000	1 567	12,7	réf	
1000-1999	2 982	14,8	1,1	1,0 ; 1,3
2000-2999	2 447	16,4	1,3	1,1 ; 1,5
≥ 3000	1 484	16,6	1,2	1,0 ; 1,5
<b>Statut</b>				
Public	6 103	13,4	réf	
Privé	2 377	19,7	1,5	1,3 ; 1,6
<b>Épisiotomie<sup>1</sup></b>	<b>7 122</b>	<b>19,6</b>		
<b>Taille de la maternité (acc./an)*</b>				
< 1000	1 360	19,9	réf	
1000-1999	2 519	21,0	1,0	0,9 ; 1,2
2000-2999	2 022	19,2	0,9	0,8 ; 1,1
≥ 3000	1 227	17,0	0,8	0,7 ; 1,0
<b>Statut</b>				
Public	5 232	18,2	1,0	
Privé	1 896	23,4	1,3	1,2 ; 1,4
<b>Au moins une intervention<sup>2</sup></b>	<b>9 530</b>	<b>52,0</b>		
<b>Taille de la maternité (acc./an)</b>				
< 1000	1 768	51,1	réf	
1000-1999	3 370	52,7	1,0	1,0 ; 1,1
2000-2999	2 721	52,1	1,0	0,9 ; 1,1
≥ 3000	1 671	51,1	1,0	0,9 ; 1,0
<b>Statut</b>				
Public	6 801	48,6	réf	
Privé	2 729	60,4	1,2	1,2 ; 1,3

1. Épisiotomie parmi les femmes ayant eu un accouchement par voie basse non instrumentale.
2. Déclenchement du travail ou césarienne ou extraction instrumentale ou épisiotomie.
3. Risques relatifs ajustés à la taille et au statut de la maternité, à l'âge gestationnel, au poids de naissance, à l'âge maternel, à la parité, à l'indice de masse corporelle (IMC), au pays de naissance et au niveau d'études.

Note de lecture · Dans les maternités privées, la probabilité d'avoir un déclenchement du travail est multipliée par 1,4 par rapport aux maternités publiques (groupe de référence), celle d'avoir une césarienne ou une épisiotomie multipliée par 1,3, et celle d'avoir une extraction instrumentale multipliée par 1,5, à taille de la maternité, âge gestationnel, poids de naissance, âge maternel, parité, IMC, pays de naissance et niveau d'études identiques.

IC : intervalle de confiance.

Modèle linéaire généralisé associé à une loi de poisson. \* association statistiquement significative au seuil de 5 %, en analyse bivariée.

Champ · France métropolitaine.

Sources · Enquête nationale périnatale 2010.



# Le dispositif national

Afin de garantir les soins les plus adaptés à l'ensemble de la population, il est nécessaire de mesurer les variations existantes et de développer des recommandations de pratiques cliniques afin de réduire ces variations.

## La démarche nationale d'amélioration de la pertinence des soins

**Morgane Le Bail**  
**Arnaud Fouchard**  
Direction générale de  
l'offre de soins

Lors de sa création en mars 2010, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) s'est vue confier trois grandes missions : promouvoir une approche globale de l'offre de soins ; assurer une réponse adaptée aux besoins de prise en charge des patients et des usagers ; garantir l'efficacité et la qualité de l'offre de soins dans le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie<sup>1</sup> (Ondam).

### Régulation budgétaire et régulation par la qualité

La réalisation de ces missions nécessitait la mise en place d'une régulation des différentes dimensions de l'offre de soins, dont l'offre hospitalière.

Deux leviers ont alors été utilisés : d'une part la régulation budgétaire et, d'autre part, la régulation par la planification des activités de soins.

1. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été créé par les ordonnances de 1996. Il est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) votée par le Parlement. Il intègre un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux.

La régulation budgétaire consistait essentiellement à contenir l'évolution des tarifs des journées et des actes afin de respecter l'objectif national des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement. La mise en œuvre de la tarification à l'activité a également contribué à cet objectif en liant activité réalisée et financement. Cependant, ce mode de régulation s'affranchit tout à fait de la qualité des soins puisque jusqu'à récemment, la qualité n'entrait pas en compte dans le modèle de rémunération des établissements de santé<sup>2</sup>.

La régulation par la planification des activités (leur répartition, le régime des autorisations, les conditions de fonctionnement...) s'est longtemps intéressée à considérer uniquement les producteurs de soins. D'abord avec le système de « carte sanitaire » mais les indices fixés en nombre de lits et en équipements se sont rapidement trouvés incompatibles avec une tarification à l'activité qui requerrait dans le même temps que l'activité se développe davantage. Des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS) ont ensuite été mis en place pour réguler

2. Voir l'article 51 de la LFSS 2015 et la généralisation de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité

le volume des soins produits par les établissements de santé. Cette modalité de planification était cependant peu adaptée à la réalité de prise en charge et à la régulation budgétaire. La régulation a donc finalement évolué pour s'orienter vers une approche centrée sur la consommation de soins (les taux de recours), quel qu'en soit le lieu de réalisation. La régulation par la pertinence est donc une suite logique à ces différentes approches : c'est une régulation au plus proche des pratiques des professionnels. Elle doit permettre de répondre à des enjeux économiques dans un cadre restreint (Ondam), tout en assurant à chaque individu un accès équitable à des soins de qualité.

### La structuration de la démarche au niveau national

Pour analyser la consommation de soins de la population, il faut étudier les « taux de recours » selon des actes, des hospitalisations... et de grandes variations sont observées selon les thématiques et selon les régions. Par exemple, pour la pose de drains transtympaniques (ou « yoyos »), en 2013, on observe des taux de recours standardisés variant entre 4 et 108 séjours pour 100 000 habitants, soit un rapport de 1 à 27 entre les régions. Le taux de recours national quant à lui est de 48 pour 100 000. Pour la chirurgie bariatrique ou chirurgie de l'obésité, les taux de recours standardisés en 2013 varient de 6 à 105 séjours pour 100 000 habitants (17 fois supérieur). Ici, le taux de recours national est de 66. Dans tous ces cas, il est difficile de qualifier un taux comme étant trop élevé ou insuffisant : en la matière, il n'y a pas de norme mais les variations interpellent.

Ces fortes disparités sont retrouvées également au niveau intrarégional, entre les territoires de santé. Elles ne sont expliquées ni par les caractéristiques de la population (standardisation sur l'âge et le sexe) ni par des facteurs de risque épidémiologiques connus. Cela amène à parler de variations des pratiques médicales.

Devant ces constats, la DGOS a lancé depuis 2011 des travaux visant à améliorer la pertinence des soins délivrés. Ces travaux sont menés par un groupe technique avec les trois autres institutions suivantes :

- L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), documente les variations en produisant et en actualisant les taux de recours permettant aux agences régionales de santé (ARS) de prioriser les thématiques qui présentent les plus fortes hétérogénéités (lire p. 22).
- La Haute Autorité de santé (HAS) qui réalise, avec les experts du thème concerné, des recommandations et d'autres supports destinés à clarifier les indications et améliorer les pratiques (lire p. 23).
- La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) qui élabore, sur la base des recommandations de la HAS, des indicateurs de ciblage des établissements les plus à risque de non-pertinence, développe et diffuse des supports d'information à destination des patients et des professionnels de santé hospitaliers et libéraux (lire p. 24).

Ce groupe technique partage l'avancée de ses travaux

et présente ses orientations au comité de pilotage national auquel participent d'autres institutions :

- Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales,
- Direction de la Sécurité sociale (DSS),
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees),
- Direction générale de la santé (DGS),
- Institut national du cancer (INCa),
- des agences régionales de santé,
- des fédérations (Fédération hospitalière de France, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, Fédération de l'hospitalisation privée, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile),
- des conférences (les présidents des commissions médicales d'établissements de CHU, de centres hospitaliers [CH], de centres hospitaliers spécialisés, d'établissements de santé privés à but non lucratif et de l'hospitalisation privée des directeurs généraux de CHU et de CH ; la conférence des doyens de faculté de médecine),
- Ordre national des médecins,
- des représentants d'usagers,
- des médecins libéraux,
- et Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée.

### La déclinaison de la démarche

Dans le cadre de cette démarche nationale, le groupe technique tente d'impulser la dynamique du changement, mais les professionnels de santé restent les acteurs de la pertinence des soins et se trouvent donc au cœur de cette démarche. Sans leur sensibilisation et leur implication, aucune amélioration des pratiques n'est possible. L'objectif de la démarche nationale est donc de mettre à disposition des professionnels de santé toutes les informations et les outils nécessaires à l'appropriation de ce concept et à l'évolution des pratiques cliniques.

La mise en œuvre de cette démarche s'articule en trois grandes étapes.

### L'identification de priorités nationales d'actions

Les thématiques nationales prioritaires désormais au nombre de trente-trois, ont été identifiées par le groupe technique à partir de 2011 sur la base d'un volume d'activité important, d'une activité en hausse sur les trois années précédentes et de variations importantes entre les régions... On y trouve notamment les appendicectomies, les césariennes, les prothèses totales de hanche et de genou, les endoscopies digestives, les cholécystectomies, les angioplasties coronaires, la chirurgie bariatrique, etc.

### La mise à disposition d'un guide méthodologique de déclinaison de la démarche pertinence en région

Un guide méthodologique a été élaboré grâce aux contributions de la CnamTS, la HAS, l'ATIH, la DGOS et de



## Pertinence des soins et variations des pratiques médicales

6 ARS (Alsace, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, PACA et Pays de la Loire) ayant engagé des actions localement sur les atypies constatées à partir d'analyses territoriales des taux de recours. L'objectif était notamment de capitaliser sur les avancées déjà réalisées dans ces régions pour organiser en région les outils d'amélioration de la pertinence des soins

et pour donner à l'ensemble des ARS les moyens de la contractualisation sur des objectifs ciblés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ARS-établissements de santé.

Des programmes nationaux d'accompagnement des acteurs (fondés sur le volontariat des participants) ont également été initiés en 2013 :

## L'ATIH : mesure de l'activité hospitalière au regard de la population

**L'**Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est un établissement public de l'État chargé, entre autres, de la collecte, de l'hébergement et de l'analyse des informations médico-économiques des établissements de santé<sup>1</sup>.

Dans le cadre du programme de gestion du risque sur la pertinence des soins, l'ATIH a produit un rapport sur le ciblage d'activités se caractérisant, notamment, par une forte dispersion des taux de recours par territoire de santé<sup>2</sup>.

Depuis, pour suivre l'évolution de ces activités, l'ATIH met à disposition des ARS plusieurs indicateurs *via* la plateforme de restitution des données hospitalières, ScanSanté<sup>3</sup>.

### Évolution du nombre de séjours et des taux de recours par zone géographique

La consommation de soins hospitaliers par les habitants d'un territoire peut se mesurer à l'aide des taux de recours aux soins hospitaliers. Un taux de recours indique le nombre annuel de séjours hospitaliers rapporté à la population domiciliée dans une zone géographique donnée, quel que soit le lieu de l'hospitalisation (en France). Deux types de taux de recours sont proposés, les taux bruts et les taux standardisés. Ils sont exprimés en nombre de séjours pour 1 000 habitants. Le taux de recours brut correspond au nombre annuel de séjours hospitaliers de la population domiciliée dans une zone géographique donnée, rapporté à l'ensemble de la population résidant dans cette zone géographique. Les taux de recours standardisés, par sexe et par tranche d'âge de cinq ans, sont corrigés de l'effet structure de la population.

Sur ScanSanté, une application dédiée présente les taux de recours et le dénombrement des séjours ou journées pour différents agrégats d'activités, par région et par territoire de santé<sup>4</sup>.

Une représentation cartographique des taux de recours (bruts ou standardisés) est disponible par région ou par territoire de santé (voir en exemple p. 14).

En médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), les taux de recours sont déclinés pour chacune des 33 activités prioritairement retenues pour améliorer la pertinence des soins. Ils sont également disponibles pour différents agrégats d'activités comme les catégories d'activités de soins (CAS), les domaines d'activité (DoAc), ou les actes. Les différents types de regroupements sont décrits dans la notice relative à l'application ScanSanté des taux de recours<sup>5</sup>.

Pour permettre la comparabilité dans le temps, l'activité est exploitée selon la même version de classification des GHM (groupes homogènes de malades) pour cinq années consécutives. L'application est mise à jour au 3<sup>e</sup> trimestre de chaque année avec la dernière période de cinq ans disponible.

Les indices régionaux et nationaux sont également indiqués. Ces indices permettent de positionner les taux de recours standardisés du zonage spécifié par rapport aux taux de recours nationaux et régionaux.

Les taux de recours standardisés, ainsi que les indices nationaux et régionaux, permettent donc des comparaisons territoriales en termes de consommation de soins hospitaliers par les patients et de repérer d'éventuelles atypies, au niveau régional et infrarégional.


### Répartition de l'offre de soins par zone géographique

Sur ScanSanté une application porte sur l'analyse croisée consommation/production de soins, pour affiner les analyses, notamment lorsqu'une atypie de prise en charge a été observée sur un territoire. L'objectif de cette application est d'apporter des éléments sur la répartition à la fois de l'offre de soins et de l'utilisation de soins d'une région donnée<sup>6</sup>.

Ainsi, pour chaque région, l'application présente une déclinaison du nombre de séjours selon deux composantes :

- en ligne, le lieu de production des séjours (*i.e.* les établissements implantés dans la région par territoire de santé) ;
- en colonne, le lieu de résidence du patient (par territoire de santé).

Le croisement de l'information entre l'établissement producteur de soins et la résidence des patients permet notamment d'identifier les activités spécifiques de certains établissements, ainsi que les mouvements de patients qui ont recours aux soins d'établissements situés en dehors de leur territoire de santé.

De la même manière que les taux de recours, ces informations sont disponibles pour chacune des 33 activités prioritairement retenues pour l'amélioration de la pertinence des soins, et pour les mêmes différents agrégats d'activité. 

1. [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)
2. [www.atih.sante.fr/pertinence-des-soins-ciblage-dactivites-mco-2010](http://www.atih.sante.fr/pertinence-des-soins-ciblage-dactivites-mco-2010)
3. [www.scansante.fr](http://www.scansante.fr)
4. [www.scansante.fr/applications/taux-de-recours](http://www.scansante.fr/applications/taux-de-recours)
5. [www.scansante.fr/sites/default/files/content/68/notice\\_taux\\_recours\\_mco.pdf](http://www.scansante.fr/sites/default/files/content/68/notice_taux_recours_mco.pdf)
6. [www.scansante.fr/applications/analyse-croisee-consommation-production-de-soins](http://www.scansante.fr/applications/analyse-croisee-consommation-production-de-soins)

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

- Une expérimentation pilote sur le programme d'analyse et d'amélioration des pratiques de la pertinence des césariennes programmées à terme (programme piloté par la HAS/la DGOS/la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français et le Collège des sages-femmes.)
- Un accompagnement, par la CnamTS, sur la pertinence de l'appendicectomie et sur celle de la prise en charge du syndrome du canal carpien via une validation d'indicateurs de comparaison des pratiques et d'analyse de dossiers patients.
- Un programme de gestion du risque (GDR) spécifique, renouvelé pour 2015, destiné à favoriser la mise en

## La HAS : évaluation et élaboration des stratégies de prises en charges pertinentes

Dès sa création, la Haute Autorité de santé (HAS) s'est naturellement intéressée au sujet de la pertinence des actes, des séjours, des parcours de soins, des modalités de prise en charge. Au sein du dispositif national, la HAS a pour mission de redéfinir les indications de certains actes fréquents et pratiqués de longue date pour lesquels des disparités loco-régionales ont été constatées à partir des bases de données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et de l'Assurance maladie. L'observation de ces disparités soulève des interrogations quant au bien-fondé de la réalisation de l'acte dans certaines circonstances cliniques. L'intervention de la HAS vise à produire une liste d'indications/non-indications et/ou de critères constituant un arbre décisionnel ou une stratégie thérapeutique et/ou diagnostique qui permettent de poser l'indication de l'acte de façon "pertinente". Cette clarification des indications doit permettre aux décideurs et institutionnels de mettre en œuvre sur le terrain des programmes d'évaluation de la pertinence et de faire progresser les acteurs concernés.

La HAS est à l'articulation entre les enjeux identifiés par l'administration et les réalités du terrain et les préoccupations des professionnels de santé. En impliquant les professionnels de santé dès le début de ses travaux, la HAS permet d'entretenir le dialogue avec les acteurs de terrain et de faciliter l'appropriation des productions.

Sur le plan de la méthode, chaque saisine du ministère chargé de la santé donne lieu à une réflexion sur la problématique liée à l'acte, à la

prise en charge, au parcours... afin de définir les meilleures stratégies pour la pertinence. Les productions retenues dans le programme de travail sont variées et adaptées aux besoins apparus : études de problématique, outils d'amélioration des pratiques professionnelles, guides pour les patients, recommandations de bonne pratique, évaluations technologiques, indicateurs. Une stratégie de diffusion de ces productions est également mise en œuvre.

Pour élaborer ses productions, la HAS s'appuie sur des recommandations produites en interne et/ou les données de haut niveau de preuve issues de la littérature publiée, y associe des groupes de travail de représentants d'usagers et de professionnels concernés, représentés par leurs collègues ou conseils nationaux professionnels afin de garantir non seulement la prise en compte des données scientifiques mais aussi leur applicabilité. La mise en œuvre des démarches d'amélioration de la pertinence des soins nécessite en effet l'adhésion de tous les acteurs concernés.


La HAS a déjà travaillé sur les sujets suivants, dans le cadre de la pertinence des parcours : « césarienne programmée à terme : optimiser la pertinence du parcours de la patiente », « pertinence du recours à l'hospitalisation pour la bronchiolite », « pertinence du recours à l'hospitalisation pour la bronchopneumopathie chronique surinfectée », « pertinence du recours à l'hospitalisation pour l'endoprothèse sans infarctus du myocarde ».

La HAS s'est aussi intéressée à la pertinence des actes : « pertinence de l'arthroscopie d'autres localisations »,

check-list « sécurité du patient en endoscopie digestive », « pertinence de la cholécystectomie », « quand faut-il faire une coloscopie de contrôle après une polypectomie ? ».

Les actions menées sont concertées, - dans le cadre des travaux sur le « syndrome du canal carpien : optimiser la pertinence du parcours patient » par exemple - les groupes de travail et de lecture du guide d'analyse et d'amélioration des pratiques sur le sujet canal carpien ont participé à un travail commun HAS et Assurance maladie pour élaborer deux documents d'information : un référentiel du parcours de soins à destination des médecins et un livret d'information et de prévention à destination des patients. Ces documents font partie d'un kit proposé sur le site [amel.fr](http://amel.fr). La HAS contribue ainsi à la communication des référentiels qu'elle produit et elle s'assure ainsi que les messages délivrés aux patients et aux professionnels sont cohérents.

En 2015, la HAS investit notamment le champ de la pertinence de l'imagerie, de la chirurgie de la lombalgie commune, de l'angioplastie, de la pose de drains transtympaniques, de l'indication du fractionnement des endoprothèses vasculaires, de l'intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, de la lithotritie dans la lithiase urinaire.

Pour compléter son intervention, la HAS a également lancé le développement d'indicateurs de pratiques cliniques en termes de pertinence sur deux thèmes : la chirurgie bariatrique et les césariennes programmées afin d'apporter des outils de mesure des pratiques dans le but d'améliorer la qualité des soins. 

**Julie Biga  
Marie-Hélène  
Rodde-Dunet**  
Service Évaluation  
et Amélioration  
des pratiques,  
Haute Autorité  
de santé



œuvre d'actions d'amélioration de la pertinence des soins dans chaque région et permettant de disposer d'une vision consolidée des niveaux d'avancement (indicateurs de suivi et de résultat sur les niveaux de maturité et de déploiement des démarches régionales).

- Un retour d'expériences en région et la capitalisation pour l'ensemble des ARS (ateliers interrégionaux, séminaires, mise en place d'un espace collaboratif virtuel).

### Un panel d'actions pour agir sur les établissements

Les articles 58 et 59 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2015 viennent compléter tous les éléments précités et proposent un panel d'actions graduées pour agir auprès des établissements de santé pour améliorer la pertinence des soins.

L'article 58 de la LFSS 2015 permet de donner aux démarches engagées une assise juridique et ainsi d'offrir

## L'Assurance maladie et la pertinence des soins, quelques exemples

L'Assurance maladie s'intéresse depuis longtemps à la pertinence des soins, car elle se doit de vérifier que les prises en charge sont justifiées, afin d'assurer une juste allocation des ressources et une équité de traitement envers tous les assurés. Elle met en œuvre des actions sur tous les champs de la pertinence des soins : la chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation de jour en médecine, l'hospitalisation à domicile, la pertinence de la rééducation en ville ou en soins de suite et réadaptation (SSR), le retour au domicile après une hospitalisation (programme PRADO), la pertinence des parcours de soins, des actes diagnostiques biologiques et d'imagerie médicale, des prescriptions médicamenteuses et d'indemnités journalières, des actes chirurgicaux.

### Programmes d'accompagnement des professionnels de santé et des établissements sur les thèmes de pertinence des parcours et des actes, s'appuyant sur des mémos de bonne pratique validés par la Haute Autorité de santé

Ces mémos sont élaborés en lien avec les sociétés savantes, à partir des recommandations de la HAS. Cette action contribue à l'actualisation des connaissances des professionnels dans le but d'améliorer la qualité des soins et harmoniser les pratiques médicales. Les professionnels sont sensibilisés lors d'un échange avec un médecin-conseil ou un délégué de l'Assurance maladie. Les établissements sont informés au cours de séances de la commission médicale d'établissement, et/ou en réunion de services hospitaliers, afin d'étendre l'information aux personnels de direction ou aux collaborateurs paramédicaux. **Les thèmes des années 2014 et 2015 :** *syndrome du canal carpien, lithiase biliaire, nodules thyroïdiens, chirurgie bariatrique, exploration et surveillance biologique thyroïdienne, groupe sanguin et recherche d'anticorps anti-érythrocytaires, hypocholestérolémiants, nouveaux anticoagulants oraux, iatrogénie médicamenteuse.*

### Information des patients par les messages en santé publiés sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) et élaboration de guides d'information destinés aux patients

Ils sont diffusés lors des actions d'accompagnement des médecins qui sont le relais vers leurs patients pour améliorer leur impact. Ces guides sont le miroir des référentiels traduits dans un langage facilitant la compréhension par le grand public. **Les guides disponibles :** *syndrome du canal carpien, lithiase biliaire, thyroïdectomie, diabète, hypercholestérolémies.*

### Élaboration d'une méthode de comparaison des pratiques des établissements reposant sur un panel d'indicateurs de pertinence des actes de chirurgie

Elle a pour but de cibler les établissements pour la mise en œuvre des actions, et leur proposer un profil personnalisé. Élaborée initialement sur les thèmes de l'appendicectomie

et de la chirurgie du syndrome du canal carpien, elle a été validée par un test avec retour aux dossiers.

Actuellement ces indicateurs, issus des bases de données (PMSI et Sniram), sont choisis et pondérés en lien avec les sociétés savantes concernées. Ils reposent sur les recommandations scientifiques et les constats épidémiologiques. La méthode statistique utilisée repose sur la comparaison des établissements.

**Les indicateurs disponibles :** *appendicectomie, chirurgie du syndrome du canal carpien, cholécystectomie, thyroïdectomie, chirurgie bariatrique.*

### Actions plus incitatives auprès des établissements les plus atypiques n'ayant pas modifié leur pratique après les premières actions pédagogiques

La procédure de mise sous accord préalable (MSAP) des établissements pour la chirurgie ambulatoire, lancée en 2008, contribue au développement de la chirurgie ambulatoire. Elle repose sur une liste de gestes marqueurs validés par les sociétés savantes chirurgicales (55 en 2015). Durant une période qui ne peut excéder 6 mois, les chirurgiens doivent demander l'accord du service médical de l'Assurance maladie pour tout patient programmé en hospitalisation complète.

**Autres champs de la MSAP en établissement :** *prestations d'hospitalisation (séjours en SSR, hospitalisation de jour de médecine, forfaits sécurité environnement), actes et prescriptions.*

### Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO)

Depuis 2010, avec pour objectif d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et de fluidifier le parcours hôpital - ville. Le conseiller de l'Assurance maladie joue un rôle de facilitateur entre l'équipe hospitalière, les professionnels de santé de ville et le patient.

**Les hospitalisations concernées :** *maternité, chirurgie orthopédique, insuffisance cardiaque.*

**Dominique Ruchard**  
**Annie Fouard**  
**Michel Marty**  
Caisse nationale  
d'assurance  
maladie des  
travailleurs salariés



un levier d'action renforcé aux ARS, au service de la cohérence des actions menées en région :

- d'abord, cet article donne une assise aux plans d'action pluriannuels régionaux pour l'amélioration de la pertinence des soins, dont le contenu est décliné dans les textes d'application : sélections des thématiques régionales, ciblage des établissements, modalités de mise en œuvre ;

- ensuite, il permet aux ARS d'utiliser un outil de contractualisation tripartite avec les établissements de santé et l'Assurance maladie, comprenant des objectifs qualitatifs et quantitatifs d'amélioration de la pertinence des soins. Sur le modèle du contrat de bon usage, en place depuis plusieurs années sur le médicament, des sanctions financières pénaliseront les établissements qui refuseront de contractualiser et ceux qui n'atteindront pas leurs objectifs ;


- enfin, cet article de la LFSS adapte le dispositif de la mise sous accord préalable (MSAP) qui a été largement utilisé pour la chirurgie ambulatoire, afin de le rendre applicable aux 33 thématiques « pertinence des soins ». Ce dispositif subordonne la réalisation des actes non urgents faisant l'objet de la MSAP, à l'avis du service médical de la caisse d'assurance maladie : le prescripteur n'est donc plus le seul décideur.

En janvier 2014, un séminaire rassemblant les ARS et les directions régionales du service médical (DRSM) a été organisé afin de présenter les grandes lignes de la LFSS et de travailler plus particulièrement sur le contenu

du plan d'action régional et le modèle de contrat qui seront définis par le décret d'application de l'article 58 puis par la publication par arrêté d'un contrat-type. Pour poursuivre cette démarche d'échanges et d'accompagnement, la DGOS prévoit également d'organiser des ateliers interrégionaux en fin d'année 2015, une fois le décret d'application publié.

L'article 59 prévoit d'assurer et d'évaluer la diffusion de la culture de la pertinence des soins au sein des équipes médicales et notamment au niveau des formations, médicales et paramédicales, initiales et continues et de l'accréditation. Certains de ces éléments essentiels pour l'amélioration de la pertinence des soins font d'ailleurs l'objet d'un rapport et de propositions de l'Académie de médecine, notamment sur l'enseignement théorique et clinique et la formation continue [40].

### Les perspectives

La démarche nationale engagée depuis 2011 pour l'amélioration de la pertinence des soins concerne prioritairement 33 thématiques dont la plupart sont des actes chirurgicaux. Or les variations des pratiques concernent la totalité du champ des prescriptions et des prises en charge. La démarche entreprise devra donc s'étendre aux prescriptions médicamenteuses, aux transports sanitaires, aux demandes d'imagerie, aux prises en charge en soins de suite et de réadaptation ou en hôpital de jour... avec pour objectif d'instaurer une véritable culture de la juste prescription. 

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 57.*

## Le rôle des sociétés savantes : l'exemple des examens complémentaires préopératoires

**S'**interroger sur la pertinence et l'utilité des examens complémentaires préopératoires est non seulement légitime sur le plan scientifique mais économiquement souhaitable.

Parmi ces examens, il convient de distinguer les examens directement en rapport avec la maladie, ou le motif qui va amener le patient au bloc opératoire, dont le but est d'assurer le diagnostic, définir l'opérabilité et le type de chirurgie à réaliser, et ceux dont l'objectif est d'évaluer et de réduire les risques associés à la réalisation de l'acte opératoire et de l'anesthésie qu'il requiert. De façon générale mais pas exclusive, les premiers sont le plus souvent prescrits par le médecin qui confie le patient au chirurgien ou par celui-ci, les seconds le sont par le médecin anesthésiste à l'issue de la consultation préanesthésique.

Dans l'évaluation du risque opératoire, les examens complémentaires sont souvent utiles, mais l'appréciation de ce risque repose principalement sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Les examens complémentaires

ne sont donc pas obligatoires lorsque leur intérêt ou bénéfique n'est pas démontré, leur prescription ne répond à aucune obligation médico-légale. Ces examens peuvent être prescrits en raison du terrain du patient, de ses antécédents ou de ses traitements. Les examens ont alors pour but de définir si l'état du patient peut être amélioré avant l'intervention par une modification de son traitement, la mise en place d'une préparation spécifique, ou encore de préciser l'effet d'une thérapeutique en cours. La prescription d'examens complémentaires est ici parfaitement codifiée. Elle fait l'objet de nombreuses recommandations des sociétés savantes concernées, basées sur le bénéfice démontré de la réalisation de tels examens sur l'évolution et la prise en charge de la pathologie considérée ou de son traitement.

En dehors de ces situations, la prescription d'examens complémentaires est dite « systématique » ou « de routine » c'est-à-dire qu'elle ne s'appuie sur aucun élément de l'interrogatoire ou de l'examen clinique. Elle répond alors à trois objectifs théoriques spécifiques : diagnostiquer


**Serge Molliex**  
Département d'Anesthésie-Réanimation,  
CHU Saint-Étienne  
**Hélène Beloëil**  
Pôle Anesthésie-Samu-Urgences-Réanimations,  
CHU Rennes

*Pour la Société française d'anesthésie-réanimation*



une pathologie non suspectée lors de la consultation pouvant impliquer un changement de la stratégie de prise en charge ; servir de référence pour diagnostiquer ou traiter une éventuelle complication postopératoire ; participer à l'évaluation du risque opératoire par la valeur prédictive que ces examens peuvent avoir d'une telle complication. À l'exclusion des deux derniers objectifs qui représentent un volume limité des prescriptions systématiques, l'utilité de cette prescription « de routine » est remise en cause depuis près de 30 ans dans la littérature médicale. Les premiers travaux réalisés au milieu des années 1980 démontraient que les anomalies diagnostiquées étaient rares en l'absence d'orientation à l'interrogatoire et à l'examen clinique, souvent liées à des faux positifs, et exceptionnellement à l'origine d'une modification de prise en charge. Le bénéfice final pour le patient d'une telle modification n'était, par ailleurs, presque jamais démontré. Les études se sont depuis multipliées confortant ces premiers résultats. Elles sont à l'origine de recommandations de nombreuses sociétés savantes d'anesthésie visant à limiter les prescriptions systématiques inutiles. La Société française d'anesthésie et de réanimation a actualisé en 2012 ses propres recommandations pour intégrer les nouvelles données de la littérature. Elles élargissent le champ des limitations de prescription à des patients jusqu'alors exclus des recommandations, comme les patients âgés présentant des pathologies stables sur le plan clinique et opéré de chirurgies mineures telles que la cataracte. L'enjeu est important car plus d'un tiers des actes anesthésiques réalisés en France en 2010 concernaient des patients âgés de plus de 65 ans. Ce chiffre est en augmentation constante sur la dernière décennie. Les interventions mineures forment aussi le

noyau des procédures réalisées en chirurgie ambulatoire, dont l'objectif récemment réévalué est qu'elle représente plus de 60 % des actes chirurgicaux à l'horizon 2020. Des études suggèrent que la restriction de prescription des examens systématiques dans ce type de chirurgie est possible sans modifier le risque de complications pour le patient.

Plusieurs enquêtes de pratique réalisées en France ont cependant montré que les recommandations sont encore insuffisamment appliquées. Ces résultats relèvent de multiples facteurs parmi lesquels sont notamment retrouvés : problèmes d'organisation (rôles respectifs des chirurgiens et des anesthésistes dans la prescription), pression des patients qui ne comprennent pas toujours que l'on puisse se contenter du seul interrogatoire et examen clinique avant une anesthésie, ou encore peur du contentieux par les médecins anesthésistes. Cette dernière s'explique par le caractère restrictif des recommandations par rapport à une pratique habituelle. Le « mieux vaut faire trop que pas assez » étant associé dans l'esprit du prescripteur à une notion de sécurité ou de qualité, même si aucune donnée de la littérature ne confirme ces éléments. Le coût total de ces prescriptions inutiles reste mal évalué mais peut aujourd'hui représenter une incitation forte au respect des recommandations. Sans modifier la qualité de la prise en charge du patient, la réduction des examens préanesthésiques systématiques représente un gisement d'économie considérable si l'on considère les 10 millions d'actes anesthésiques réalisés chaque année en France. La pertinence de la prescription des examens complémentaires en anesthésie représente non seulement un objectif de qualité, mais aussi un enjeu économique peu contraignant. 

# Les politiques et actions au niveau local

Des travaux sont menés en région pour développer une culture de la pertinence des soins, partager les données et piloter des programmes d'actions. Les professionnels, impliqués dans les établissements de soins, formalisent les étapes de la prise en charge ; et les sociétés savantes travaillent avec les partenaires locaux pour améliorer les pratiques.

## La pertinence des soins : quelle territorialisation ? Quelles actions au niveau régional ?

**François Grimonprez**  
Ingénieur, diplômé de santé publique et d'économie de la santé, directeur de l'efficacité de l'offre, Agence régionale de santé des Pays de la Loire

**D**epuis les premiers travaux sur les variations géographiques des recours aux soins chirurgicaux publiés en 1969<sup>1</sup>, les notions de variation des pratiques, de juste soin, de pertinence se sont progressivement précisées et imposées comme objet de réflexion – et, plus récemment, d'action.

La « pertinence » (*appropriateness* en anglais) porte les deux faces complémentaires, et en partie divergentes, de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de maîtrise des coûts. Il s'agit ainsi d'un levier fondamental d'amélioration de l'efficacité du fonctionnement de notre système de santé. Encore trop souvent objet de polémiques, déclarations et tribunes, la notion de pertinence des soins a été précisée ces dernières années par la Haute Autorité de santé, et fait

aujourd'hui l'objet de mesures ciblées inscrites dans la loi de financement de la Sécurité sociale.

En revenant sur l'importance de la territorialisation, dans l'appréciation des variations des pratiques médicales, nous essayerons de préciser ce que peut être l'action régionale poursuivant le double objectif de décliner la politique nationale et de prioriser des actions en fonction des enjeux des territoires de la région.

### **Vous avez dit pertinence des soins ?**

Ces dernières années, un nombre croissant d'études a mis en lumière les importantes disparités entre professionnels et entre territoires du nombre d'actes réalisés et de recours aux soins. Ces disparités des pratiques médicales ne sont pas spécifiques à la France comme le montrent les données du programme d'étude initié par l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique) sur ce sujet.

1. Lewis C.E. « Variations in the incidence of surgery ». *N Engl J Med*, 1969, 281 : 273-88.



Ces constats, aujourd'hui partagés, ont conduit certains pays à mettre en place des mécanismes de régulation pour influencer le comportement des acteurs : rémunération à la performance, évaluation des praticiens, etc. Parallèlement, l'*Evidence based medicine* s'est très largement développée.

Mais la pertinence des soins se limite-t-elle à la pertinence des actes et pratiques médicales ? Que dire d'une intervention réalisée en hospitalisation complète alors qu'elle pourrait, dans un cadre organisationnel adapté, être conduite en ambulatoire ? Autre aspect stratégique soulevé avec la mise en œuvre récente du Plan d'efficacité et de performance du système de santé : la pertinence des séjours. Admissions, journées d'hospitalisation, gestion de l'aval deviennent des champs majeurs d'analyse alimentant les réflexions sur les évolutions capacitaires.

On pourrait aussi s'interroger collectivement sur un autre paradoxe de notre système de santé. Nous le constatons régulièrement, le bénéfice d'un acte, d'une pratique, de l'intervention d'un professionnel peut être réduit, voire annihilé – en termes de résultat pour la santé du patient – par l'absence de mise en œuvre de certains mécanismes : absence de transmission d'information entre professionnels ne permettant pas le suivi thérapeutique, absence d'accompagnement social, absence d'alertes préventives, absence d'éducation thérapeutique... Et c'est ainsi le progrès même de la médecine qui se voit atténué, voire neutralisé, par des enjeux d'observance, de coordination entre professionnels... qui conduisent à des ruptures de parcours de santé. C'est l'enjeu même de l'approche par les parcours de santé d'assurer que chaque professionnel inscrive son intervention – soignante ou sociale – de la manière la plus pertinente qui soit au regard de toute la chronique de soins et de vie de chaque personne – au regard de son parcours de vie<sup>2</sup>. Un acte, une intervention,

2. Définition donnée par Denis Piveteau.

un geste de soins ou d'accompagnement ne peut que rarement se définir par les seuls paramètres cliniques ou biologiques. Il faut tenir compte d'autres paramètres de l'environnement du patient, de ses projets, de son entourage, bref de son parcours de vie. Nous avons ainsi légitimité, alors que la stratégie nationale de santé appelle à une « médecine de parcours », d'introduire cette approche dans le champ de la pertinence des soins.

### Du partage d'une culture au partage des données : vers une mobilisation opérationnelle à l'échelle d'une région

Comme nous l'avons effleurée, la notion de pertinence des soins est complexe et polymorphe. Sa place dans les défis posés à notre système de santé reste encore à préciser ainsi que le lien avec les outils actuels et futurs de régulation. Notre premier enjeu collectif reste de construire et partager entre tous les acteurs, une culture commune sur la pertinence des soins.

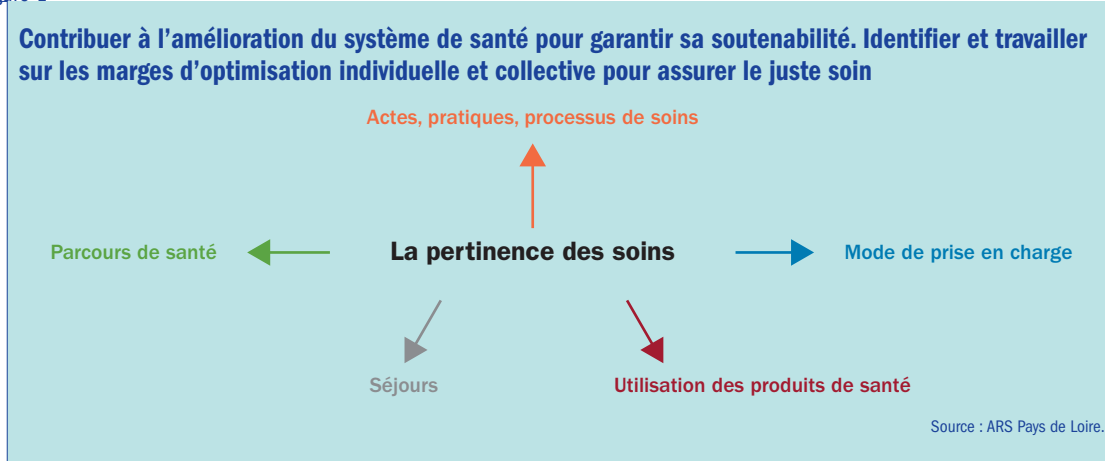
En région Pays de la Loire, l'ARS a constitué, dès 2012, un groupe régional sur la pertinence des soins<sup>3</sup> associant les représentants des acteurs (fédérations et unions des professionnels) et des structures régionales d'appui et d'expertise. Ce groupe poursuit un triple objectif : développer une culture commune autour des enjeux de la pertinence des soins ; partager les données et études disponibles ; co-construire et piloter un programme régional d'actions.

Les travaux s'organisent autour de cinq axes (figure 1), structure actuelle du programme régional d'actions. Ils s'inscrivent dans un objectif clairement énoncé du projet régional de santé (objectif n° 18 du schéma régional d'organisation des soins « garantir le juste soin »).

Chaque année, l'ARS publie différentes études qui alimentent notre réflexion et le dialogue avec les acteurs. Le partage des données d'observation est un élément

3. Préfiguration de la prochaine instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins prévue dans un décret à paraître.

figure 1



essentiel d'adhésion des professionnels. La première étude, actualisée chaque année, concerne l'analyse détaillée des taux de recours sur nos cinq territoires de santé<sup>4</sup>. Cette étude permet une sensibilisation et un partage des questionnements régionaux : comment expliquer l'importance des avulsions des dents de sagesse sous anesthésie générale en hospitalisation dans la région ? Pourquoi ce taux de recours standardisé en région pour les drains transtympaniques (âge inférieur à 18 ans) ?

Sur les actes et pratiques, l'ARS soutient un programme régional d'évaluations des pratiques professionnelles (EPP). Après la participation de l'ensemble de nos maternités à l'étude sur les césariennes programmées, les évaluations régionales récentes portent sur la pose des endoprothèses coronaires et la pose des neuro-stimulateurs dans le cadre du traitement de la douleur chronique.

L'axe de travail le plus développé en région porte sur la pertinence des séjours d'hospitalisation. Il prend appui sur la méthode utilisée depuis plus de 30 ans aux États-Unis pour évaluer la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation dans les services de médecine et de chirurgie. Cette démarche a été adaptée et validée en France en 1999 et s'est fortement développée à partir de 2004.

La région Pays de la Loire ne bénéficiait pas d'une analyse représentative des inadéquations hospitalières. En 2014, sur la base d'un appel à candidature lancé par l'ARS, neuf établissements ont accepté de mesurer les inadéquations de leurs secteurs d'hospitalisation complète de médecine<sup>5</sup> et de définir, sur la base des résultats obtenus, des actions correctives adaptées. Cet échantillon représentait 23 % des séjours et 24 % des journées de médecine en hospitalisation complète de la région. Les grilles AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*) « admissions » et « hospitalisations un jour donné » ont été appliquées sur un échantillon aléatoire de dossiers, correspondant à une période d'activité de quatre mois en moyenne. Les dossiers ont été objectivement évalués par un « binôme », le plus souvent composé d'un médecin et d'un soignant, et revus par un « expert » médical.

L'analyse globale des neuf établissements montre un taux moyen pondéré d'inadéquations de 8,3 % à l'admission et de 21,5 % pour les journées d'hospitalisation complète. En extrapolant ces résultats pour une année pleine et compte tenu des volumes d'activité des établissements, ces situations d'inadéquation correspondraient à l'utilisation de 62 lits (admissions) et de 198 lits (journées d'hospitalisation).

Nous avons souhaité conduire la même démarche sur le secteur des soins de suite et de réadaptation. Or, aucun outil n'existait en langue française pour la

réalisation de revues de pertinence dans les services autres que ceux de court séjour. C'est pourquoi à la demande de l'ARS, le réseau QualiSanté (structure régionale d'appui et d'expertise dans le domaine de la qualité), a développé et validé un outil spécifique pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR). Le projet a mobilisé 17 établissements de SSR<sup>6</sup>. Selon une méthodologie dérivée du consensus formalisé d'experts, l'expérimentation a tout d'abord permis d'élaborer une grille de 16 critères de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR, puis d'expérimenter et de valider l'outil sur un échantillon de plus de 400 journées.

Depuis, la grille est mise à la disposition des établissements qui peuvent ainsi réaliser librement des revues de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR et disposent en temps réel de leur rapport de résultats. La dernière analyse régionale disponible porte sur 18 établissements volontaires (soit 23 entités). Le taux de pertinence moyen est de 76,3 % pour l'échantillon global (en moyenne 83,3 % pour les SSR spécialisés et 70,6 % pour les SSR polyvalents) avec une forte variabilité inter-établissements (min : 53,3 % - max : 100 %).

Ces résultats sont aujourd'hui essentiels aux acteurs et à l'ARS pour comprendre et définir les actions nécessaires alors que la disponibilité des places d'aval du court séjour devient un enjeu majeur de la performance de fonctionnement des établissements.

On pourrait également citer d'autres études réalisées ou en cours : le recours aux services d'urgences par une analyse des venues des personnes âgées résidentes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), le lien entre le recours aux services d'urgences et la médicalisation en Ehpad (notamment dans le cadre d'une expérimentation infirmier (IDE) de nuit en Ehpad), l'étude de la pertinence d'une thérapeutique anticancéreuse palliative [étude Palliachim] ou encore la récente étude de pertinence des séjours de plus de 30 jours en hospitalisation à domicile (HAD).

En lien étroit avec l'Assurance maladie et l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMÉDIT), des actions ont été conduites sur la pertinence d'utilisation des produits de santé. Cet axe du programme régional sur la pertinence des soins a été intensifié. En effet, en 2013, les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux de la liste des médicaments et dispositifs facturables en sus des prestations d'hospitalisation dite « liste en sus » ont représenté, en Pays de la Loire, un montant de 232,4 M€. L'augmentation de cette dépense sur une année est de 9,6 %, croissance bien supérieure à celle observée au niveau national (6,2 %)<sup>7</sup>. Les dépenses pour les seuls hôpitaux publics représentent un montant

4. Étude régionale sur les taux de recours : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/La-chirurgie-en-Pays-de-la-Loi.128182.0.html>

5. Étude régionale « Les inadéquations hospitalières en Pays de la Loire » : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Les-inadequations-hospitaliere.179523.0.html>

6. Étude régionale « Pertinence des journées d'hospitalisation en SSR » : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Revue-de-pertinence-des-journee.178264.0.html>

7. Étude régionale « L'évolution des dépenses de la liste en sus » : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/L-evolution-des-depenses-de-la.175420.0.html>



de 153 M€ et contribuent à 46,6 % de la croissance de l'enveloppe déterminée par l'objectif de dépenses Maladie Chirurgie Obstétrique (ODMCO) entre 2012 et 2013, alors que son financement ne représente que 8,5 % de l'enveloppe.

Au-delà du renforcement des outils régionaux de suivi de ces dépenses, l'évaluation du bon usage des médicaments par l'analyse des prescriptions hors référentiels a été renforcée et les pratiques décisionnelles partagées entre pairs. Des études ciblées ont été conduites : patientes traitées par Avastin pour un cancer du sein métastatique, prescriptions chez les patients au-delà de la 2<sup>e</sup> ligne métastatique du cancer du rein...

Cet axe d'analyse du bon usage des produits de santé se caractérise par un nombre important d'évaluations des pratiques professionnelles conduites périodiquement : antibiothérapie sur les infections urinaires, réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures, pertinence de la prescription chez les personnes âgées, etc.


### Quelles perspectives ?

La démarche mise en place, dès 2012, en Pays de la Loire, nous permet d'identifier trois piliers de construction d'une trajectoire d'action en région. Le premier pilier est conceptuel. La notion de pertinence des soins n'est pas encore appréhendée actuellement de manière partagée par les acteurs, régionaux comme nationaux. Il est alors bien difficile de construire une action collective sur un domaine appréhendé de manière diverse. Des craintes naissent, de culpabilisation, de remise en cause d'un savoir, de normalisation excessive d'une pratique médicale, etc.

L'accord d'une approche organisée autour de 5 axes clairement identifiés a permis, en région, une vision

partagée des enjeux et finalités qu'il nous appartient encore de renforcer.

Le deuxième pilier est celui du partage transparent des données. Force est de constater que notre capacité collective d'analyse et d'étude reste encore trop faible. Nous aurions grand bénéfice d'un partenariat renforcé entre les services dédiés de l'ARS et de l'Assurance maladie. Mais nous devons parallèlement mettre en place les outils du partage. Bien des informations existent mais ne sont pas connues, pas intégrées et donc pas prises en compte. Cela passe notamment par un accès facilité aux données actualisées d'un savoir opérationnel et l'animation de collectifs professionnels partageant les mêmes enjeux. Cela passe également par une capacité de rendre visibles et compréhensibles certains enjeux à partir de nos sources, bien nombreuses et souvent très cloisonnées, d'information. Il s'agit de construire un système d'information décisionnel pour les acteurs. De notre expérience, le partage d'une information précise, actualisée, individualisée, la mise en lumière des résultats comparés et pertinents sont des leviers essentiels à la conduite des changements des pratiques individuelles et collectives.

Enfin, le troisième pilier est l'utilisation du contrat. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est reconnu comme un outil privilégié de dialogue entre l'ARS et les établissements de santé. Il offre aux acteurs la visibilité nécessaire à la définition de leur stratégie d'actions. En Pays de la Loire, l'ARS a introduit une annexe spécifique dans les CPOM avec les établissements couvrant les enjeux de la pertinence des soins. Ces enjeux doivent également trouver une place grandissante dans les outils de contractualisation interne des établissements. 

## Et si les chemins cliniques amélioraient la pertinence des prises en charge ?

**Philippe Michel**  
**Christine Valot**  
**Paul Perrin**

Direction  
organisation, qualité,  
risques et usagers,  
Hospices civils de  
Lyon

*Les références entre  
crochets renvoient à la  
Bibliographie générale  
p. 57.*

**C**entré sur les besoins du patient, un chemin clinique consiste à décrire, pour une pathologie donnée, les interventions réalisées par tous les professionnels impliqués dans le processus de prise en charge [1]. Cette description est fondée sur les pratiques locales, les recommandations nationales et, en leur absence, sur les pratiques ayant le meilleur niveau de preuve. Développé localement par des équipes multidisciplinaires, il est adapté à l'organisation sur le site et aux ressources humaines en présence. Il définit le « qui fait quoi, quand et comment ». L'outil de base est une matrice tâche-temps créée en collaboration avec tous les acteurs de santé et mise en œuvre par les équipes. Elle permet de définir la séquence optimale

et les étapes pour les tests, les procédures et les traitements pour une maladie donnée ; d'identifier le cheminement optimal dans l'établissement et de fixer le délai alloué à chacune de ses étapes.

Le chemin clinique est habituellement implémenté dans le système d'information pour servir d'aide à la décision et d'outil de traçabilité des actions. Pour cela, il forme tout ou partie du dossier du patient, ce qui permet d'analyser en temps réel sa faisabilité, ainsi que la production de résultats (attendus et inattendus) ; de donner en retour une information continue quant aux modifications et aux actualisations à apporter aux chemins cliniques ; de savoir si les pratiques réalisées sont conformes aux pratiques attendues.

## Définition du chemin clinique [30, 45]

- La formalisation d'un certain nombre d'étapes de prise en charge à partir des bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles sur un champ pathologique défini dans un espace de temps limité\*
- La définition d'étapes clés et la mesure de leur atteinte
- Une anticipation et une organisation dans le temps des étapes de prise en charge qui permettent une meilleure information des patients et une plus grande fluidité de leur parcours
- Une démarche transversale bénéficiant d'un soutien institutionnel
- Une démarche multi professionnelle facilitant la conduite du changement et contribuant à donner du sens au travail des équipes

\* Le chemin clinique est l'organisation d'étapes de prise en charge sur un parcours de soins. Il est le plus souvent limité à la durée d'une hospitalisation ou d'une partie d'une hospitalisation. Il correspond donc à une partie du parcours de soins d'un patient hospitalisé. Le parcours d'un patient concerne lui la totalité des étapes qu'il rencontre dans la prise en charge de sa ou ses pathologies.

Applicables dans de multiples situations, les chemins cliniques sont particulièrement indiqués pour les prises en charge « standardisables », concernant des volumes importants de patients, mettant en œuvre des pratiques coûteuses, représentant des risques pour les patients ou les établissements et constituant des priorités pour l'institution.

En pratique, ils sont surtout développés pour des prises en charge chirurgicales dont le nombre est important (prostatectomie radicale, cancer du sein, cataracte...) qui touchent des populations relativement homogènes sur le plan pathologique.

C'est une méthode d'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles qui répond à un grand nombre de facteurs clés de succès de l'amélioration continue des pratiques [32]. Elle présente également des inconvénients potentiels, au regard des théories du management : diminution de la satisfaction au travail liée à la standardisation des pratiques (même si, *a contrario*, elle a permis une optimisation de l'organisation synonyme de gain de temps), manque de créativité et encadrement des pratiques, et augmentation des coûts liés à la charge de travail pour la traçabilité des actions [49].

### Une littérature scientifique limitée

Que dit la littérature de l'impact des chemins cliniques sur la qualité et la sécurité des soins et plus spécifiquement sur la pertinence des prises en charge ?

Les travaux publiés sur l'impact des chemins cliniques sur la qualité et la sécurité des soins sont paradoxalement peu nombreux, au regard de l'ampleur de leur implantation. Ils sont de plus fondés sur des critères de jugement hétérogènes limitant les méta-analyses. La revue Cochrane publiée en 2010 conclut que la mise en œuvre des chemins cliniques est « associée à une réduction des complications hospitalières et à une traçabilité des soins améliorée, sans impact négatif sur les durées de séjour et les coûts hospitaliers » [48].

Une interrogation du moteur de recherche Pubmed réalisée par l'auteur en septembre 2015 pour actualiser la littérature, centrée sur la notion de pertinence

et fondée uniquement sur deux requêtes<sup>1</sup> n'a identifié, entre 2000 et 2015, que 24 articles dont trois apportant des résultats en termes de réduction de coût et de consommation de soins [3, 33, 46].

Les raisons de cette littérature limitée sont potentiellement multiples : terminologie hétérogène gênant la recherche de la littérature, nombreuses variantes dans la mise en œuvre de la démarche, valeur des chemins cliniques consacrée par l'usage et rendant la recherche sur son impact peu attractive, implantation rarement isolée d'autres démarches d'amélioration rendant difficile la mesure d'impact...

### En quoi les chemins cliniques pourraient-ils améliorer la pertinence des prises en charge ?

La pertinence des prises en charge concerne :

- la prescription des actes de diagnostic, de thérapeutique, de prévention et de réhabilitation ;
- le processus d'administration de ces actes ;
- les hospitalisations et journées d'hospitalisation ;
- le parcours du patient entre les secteurs de leur prise en charge (soins primaires, établissements de santé).

Au regard de leurs caractéristiques, il est attendu que les chemins cliniques permettent d'améliorer les prescriptions et les processus. Les prises en charge fondées sur les preuves vont permettre de diminuer la variabilité injustifiée des traitements et des résultats, sans que leur mise en œuvre ne contraigne abusivement la nécessaire flexibilité qu'implique la variété des patients et de leurs attentes. L'analyse des écarts entre prises en charge prévues et réalisées doit être également un espace d'échanges multi professionnels pour remettre en discussion les protocoles, les pratiques et les organisations.

La fluidification des prises en charge devrait aussi permettre de limiter les durées de séjours. Enfin, les chemins cliniques, notamment aux urgences, pourraient entraîner une baisse des hospitalisations [3].

1. ((appropriateness [Title/Abstract]) AND clinical pathway [Title/Abstract]) et ((appropriateness [Title/Abstract]) AND care pathway [Title/Abstract]),



## Pertinence des soins et variations des pratiques médicales

Les facteurs clés de la réussite des démarches d'amélioration de la pertinence [17, 40] sont similaires à ceux des chemins cliniques :

- un engagement fort des directions et présidences des commissions médicales d'établissements,
- le portage par des leaders d'opinion,
- l'implication des professionnels qui doivent se sentir responsables (comment faire ? pour quoi faire ?),
- la démarche de certification HAS,
- des recommandations de pratiques courtes de type cadrage, schémas d'aide à la pratique, décision médicale sur la base d'une analyse bénéfique/risque,
- un travail pluri disciplinaire,
- les partages d'expériences et la communication autour d'expériences réussies intra et inter-établissements,
- le compagnonnage et l'accompagnement des internes,
- des bases de données cliniques adaptées.

Ces arguments théoriques (et de bon sens) sont renforcés par le fait qu'une mise en place de chemins cliniques nécessite un changement de culture, levier désormais reconnu comme indispensable à l'évolution des organisations et des pratiques.

### Deux exemples illustrant le lien entre chemin clinique et travail sur la pertinence

Deux exemples issus de l'expérience de mise en place de chemins cliniques illustrent la capacité de travailler sur la pertinence en mettant en place un chemin clinique.

Le premier exemple concerne la prothèse de hanche lié à la coxarthrose dans trois sites hospitaliers (figure 1). L'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS) et de sa variabilité, représentée sous la forme de graphiques de contrôle, permet d'illustrer l'évolution entre le 1<sup>er</sup> semestre 2010 et le 4<sup>e</sup> semestre 2014. Les trois résultats montrent clairement trois types d'organisation et de maîtrise de la DMS : la première (site 1) concerne un service où la DMS diminue régulièrement et dont le contrôle de la variabilité de cette DMS s'est mis en place en 2013, rejoignant celle du site 2. Ce second avait une DMS d'emblée faible en 2010 et a poursuivi sa diminution, avec un contrôle de la variation stable sur les cinq années. Le troisième a une DMS toujours plus élevée et une absence de contrôle de sa variabilité. La mise en place de travaux sur les chemins cliniques dans les sites 1 et 2 coïncide avec des évolutions de DMS mais n'expliquent pas à l'évidence la totalité de leur évolution : cet exemple illustre la difficulté à étudier l'impact des chemins cliniques, car leur mise en place intervient dans un contexte pluriel en termes de démarches visant à faire baisser la durée de séjour des patients.

Le second exemple concerne le volume des prescriptions biologiques pour une pathologie donnée. La comparaison prenant en compte les différences d'âge, entre deux sites proches géographiquement et ayant un case-mix similaire, montre que ce volume de pres-

figure 1

### Évolution de la durée moyenne de séjour (carte supérieure) et de la variabilité de la DMS (carte inférieure) des patients ayant une prothèse totale de hanche pour coxarthrose entre 2010 et 2014 dans trois sites hospitaliers

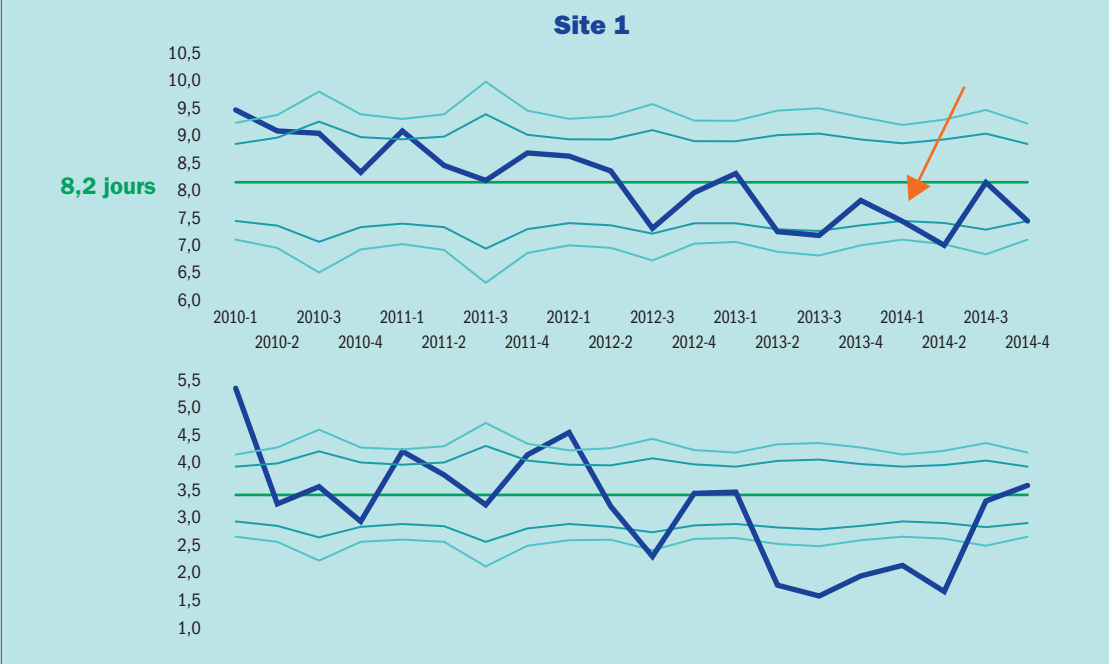
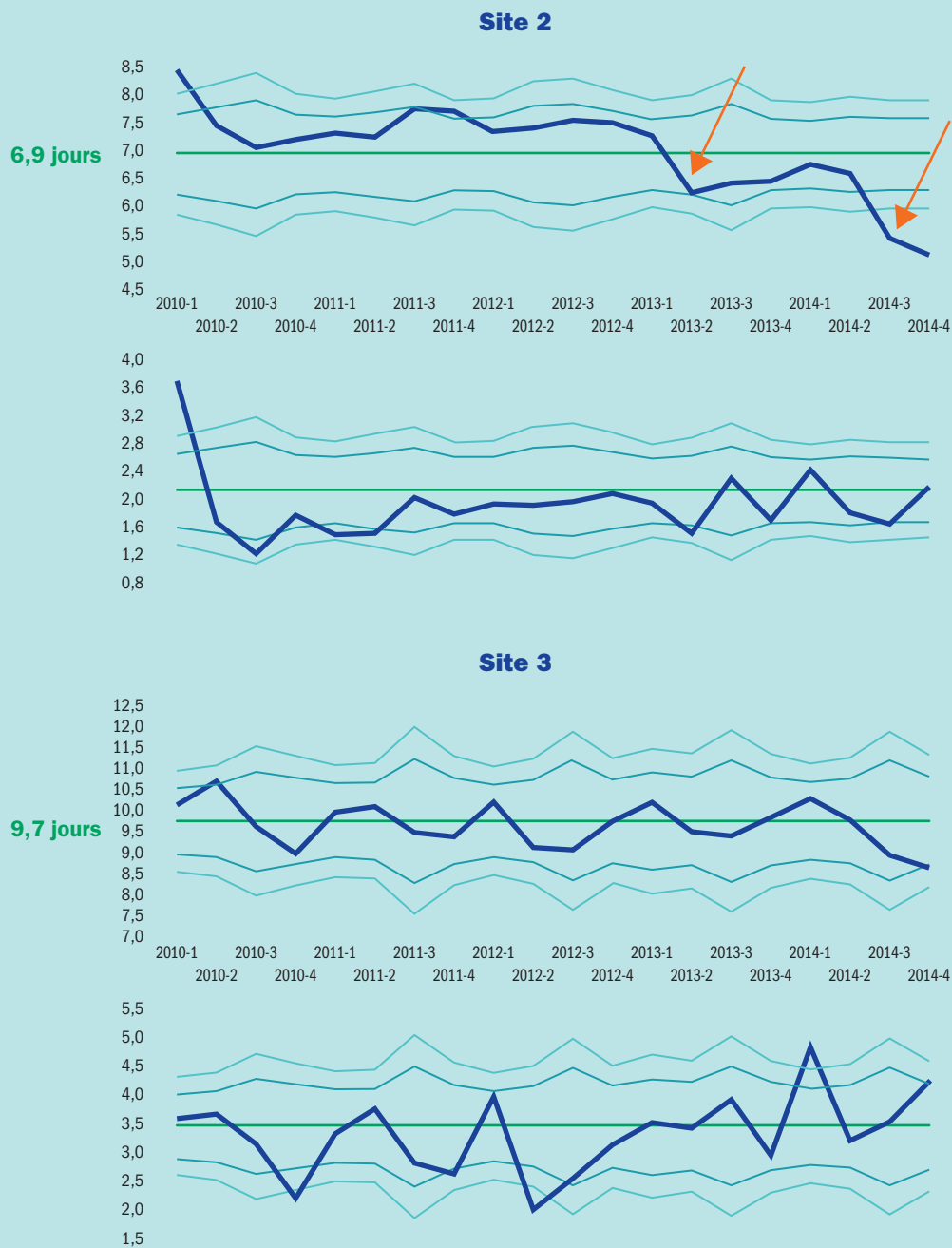




figure 1 (suite)



La durée moyenne de séjour (DMS) mesurée trimestriellement est représentée dans le graphique de contrôle supérieur de chaque site. La valeur centrale (la moyenne des DMS) est représentée par une ligne horizontale ainsi que les limites de contrôle inférieure et supérieure. Ces limites de contrôles sont doubles, égales à 2 et 3 fois l'écart-type autour de la moyenne. Le graphique inférieur de chaque site représente la variation dans le temps de l'écart-type de la DMS. L'interprétation de ces graphiques est la suivante : lorsque la DMS est à l'intérieur des limites, cette durée de séjour est considérée comme stable ou « sous contrôle ». Si elle est à l'extérieur, l'écart de DMS est considéré comme ne pouvant refléter une fluctuation liée au hasard et les causes doivent être recherchées. Les flèches représentent le moment de mise en place d'un travail sur le chemin clinique. De même, lorsque l'écart-type de la DMS (graphique inférieur) est à l'intérieur des limites, la variabilité de la DMS est considérée comme stable d'un patient à l'autre sur le trimestre. Si elle sort des limites, cette variabilité ne peut être considérée comme liée au hasard.




cription est deux fois moindre dans un site. Ces résultats permettent, dans une démarche structurante comme celle du chemin clinique, de travailler sur les raisons de ces différences et d'engager les équipes dans la mise en œuvre de pratiques plus homogènes et le suivi des recommandations.

### Discussion et conclusion

Il serait bien entendu souhaitable d'avoir plus de preuves sur l'efficacité et l'efficience des chemins cliniques, mais ces travaux interviendraient sans doute trop tard compte tenu du déploiement. De plus, l'extension des travaux sur les chemins cliniques à l'ensemble du parcours de soins se développe rapidement. Cette évolution est particulièrement visible dans le cancer, où la chronicisation, l'individualisation des soins, l'intrication de la pathologie cancéreuse avec les problématiques liées aux comorbidités et l'innovation technologique augmentant la part ambulatoire des soins contribuent

à la complexité des prises en charge et à la nécessité de constamment ajuster et améliorer le parcours de ces patients entre les secteurs du système de soins [8].

Ainsi, les caractéristiques des deux démarches, le bon sens et l'expérience, permettent de penser que les chemins cliniques et le travail sur la pertinence des prescriptions, des processus et des durées de séjours hospitaliers vont de pair. Il existe actuellement chez les professionnels une lassitude patente à engager une réflexion uniquement centrée sur la pertinence de ce qu'ils font, notamment parce que cette démarche est perçue comme uniquement dans un objectif de diminuer la surconsommation de soins. Cet article se veut un plaidoyer en faveur des démarches de type chemins cliniques qui faciliteront l'engagement des professionnels sur ce sujet. Dans notre expérience, ils voient plus le sens à travailler sur la pertinence lorsque la démarche entre dans le cadre d'une réflexion et d'une réorganisation globale des soins. 

## Chirurgie de la cataracte : un partenariat original entre tutelles et chirurgiens

**Vincent Daien**

Inserm, U1061,  
Montpellier,  
Département

d'ophtalmologie,  
Hôpital Gui de  
Chauliac, Montpellier

**Annick Le Pape**

**Didier Heve**

Agence régionale de  
santé

**Laurence Papinaud**

Échelon régional du  
Service médical du  
Languedoc-Roussillon

**Bertrand Millat**

Centre hospitalo-  
universitaire de  
Montpellier

**Isabelle Carriere**

Inserm, U1061,  
Montpellier

**Jean-Pierre Daures**

Institut universitaire  
de recherche clinique,  
EA2415, Montpellier

**Max Villain**

Département  
d'ophtalmologie,  
Hôpital Gui de  
Chauliac, Montpellier

L'ophtalmologie est la spécialité médico-chirurgicale qui prend en charge les défauts visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) et les maladies oculaires potentiellement cécitantes (glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge, cataracte, rétinopathie diabétique...). On différencie les prises en charge médicales (prescription de collyres ou médicaments par voie générale) et chirurgicales (ex : cataracte, décollement de rétine, glaucome réfractaire).

Au cours des quinze dernières années, l'ophtalmologie a bénéficié d'avancées considérables. Les techniques chirurgicales ont progressé, se sont miniaturisées et pour certaines quasi-automatisées. Le principal objectif de ces avancées est d'améliorer la santé visuelle de la population en réduisant le nombre de cécités et de visions faibles. Pour autant, les avancées technologiques liées à l'ingénierie doivent être confirmées par des études épidémiologiques rigoureuses. C'est ce que nous allons illustrer en prenant l'exemple de la cataracte.

### Une étude sur l'incidence de la chirurgie de la cataracte...

La cataracte est la première cause de cécité dans le monde et demeure un problème de santé publique majeur dans les pays n'ayant pas un système de soins donnant accès à la chirurgie. La chirurgie de la cataracte est l'acte chirurgical le plus pratiqué, toutes disciplines confondues, en France et dans les pays occidentaux. L'indication opératoire est à ce jour à discrétion de

l'ophtalmologiste et du patient en fonction de la gêne fonctionnelle visuelle. En France, nous observons d'importantes variations géographiques de recours à cette intervention. Le Languedoc-Roussillon se situait en 2010 au 3<sup>e</sup> rang des régions avec 14 % d'opérations en plus que la moyenne nationale avec de fortes variations entre départements : de 8,79 opérations pour 1 000 habitants en Lozère à 12,76 dans les Pyrénées-Orientales, ce qui correspond respectivement à -15 % et +24 % par rapport à la moyenne nationale après standardisation sur l'âge et le sexe.

La cataracte est une opacification du cristallin qui apparaît avec l'âge et est responsable d'une baisse de vision. Dans la plupart des cas la cataracte est dite sénile, car survient à partir de 60 ans. Le seul traitement à ce jour est chirurgical et consiste à extraire le cristallin et à le remplacer par un implant. En quelques années la chirurgie de la cataracte s'est standardisée et est devenue nettement moins invasive. Celle-ci est majoritairement réalisée sous anesthésie locale en ambulatoire. Au préalable de la chirurgie, une biométrie oculaire est réalisée et la pose d'un implant intraoculaire remplaçant le cristallin permet au patient de corriger une myopie, une hypermétropie, un astigmatisme et pour certains implants la presbytie. Il s'agit donc d'une formidable chirurgie permettant à la fois d'extraire l'opacité liée à la cataracte mais également de corriger un défaut réfractif.

Un partenariat entre le service d'ophtalmologie du CHU de Montpellier et l'ARS Languedoc-Roussillon nous

a permis d'étudier l'épidémiologie de la chirurgie de la cataracte et l'évolution des pratiques à partir de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) nationale 2009-2012. Les indicateurs et actes pertinents ont été déterminés par l'équipe d'ophtalmologie et l'analyse statistique a été réalisée par la cellule d'aide à la décision de l'ARS. Puis l'interprétation des résultats, la rédaction du rapport d'analyse et des articles ont été le fruit de réunions communes. La grande qualité de la base de PMSI et une méthodologie d'analyse rigoureuse nous ont permis de publier ces travaux dans la revue *Ophthalmology* [14, 15] première revue internationale d'ophtalmologie, jugée sur son *impact factor* élevé qui est le reflet du nombre de citations de ses publications dans la presse médicale internationale.

Ainsi, nous avons pu déterminer l'incidence annuelle de la chirurgie de la cataracte en France. Nous avons observé, entre 2009 et 2012, une augmentation du nombre de procédures, passant de 631 137 à 715 031 (+13,3 %), pour un nombre de patients (opérés d'un ou des 2 yeux) stable voire en légère diminution passant de 472 569 à 442 977 (-6,3 %). Ainsi, l'incidence de la chirurgie de cataracte est passée de 9,81 à 10,97/1000 personnes-années et celle des patients opérés (d'un ou des deux yeux) a diminué de 7,35 à 6,79/1000 personnes-années (figure 1). Il existait un pic d'incidence après 70 ans avec un discret retard à la prise en charge des hommes. Nous avons observé que le délai de chirurgie entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> œil était en diminution. L'intervalle médian de chirurgie entre le 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> œil était de 29 jours (interquartile 14-85 jours) sur les quatre années. La probabilité d'être opéré du 2<sup>e</sup> œil dans la même année est passée de 40,8 % à

51,7 % entre 2009 et 2012. Enfin, nous avons observé une corrélation entre l'âge du sujet et la rapidité d'intervention entre les deux yeux : plus les patients étaient opérés à un âge jeune, plus le délai de chirurgie entre les deux yeux était rapproché.

Cette tendance à opérer avant 70 ans n'est pas liée à la survenue d'une cataracte plus précoce dans la population française. Comme nous l'avons dit précédemment, il s'agit d'une intervention associée à un fort taux de satisfaction car elle permet non seulement de lever l'obstacle au passage de la lumière via l'extraction du cristallin opacifié, mais aussi de corriger un défaut réfractif via la pose d'un implant adapté et bien souvent de permettre au patient de se passer de lunettes en vision de loin et selon le type d'implant en vision de près également.

### ... et les facteurs de risque d'une de ses principales complications

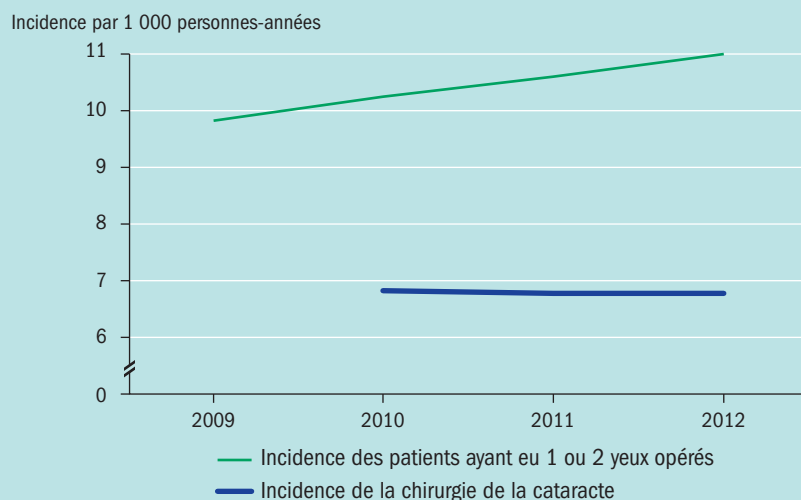
Cette chirurgie très standardisée n'est cependant pas dénuée de complications qui, lorsqu'elles surviennent, peuvent être associées à une baisse de vision parfois définitive. Il suffit de rappeler que c'est une intervention chirurgicale et qu'aucune opération chirurgicale n'est sans risque.

En collaboration avec l'ARS Languedoc-Roussillon, nous avons rédigé une seconde publication, sous presse, dans la revue *Ophthalmology* réalisée à partir de la base PMSI 2009-2012. Nous avons étudié le risque de décollement de rétine après chirurgie de cataracte. Le décollement de rétine est une des principales complications de la chirurgie de la cataracte qui conduit à une chirurgie de la rétine en hospitalisation non ambulatoire et dans 50 % des cas laisse

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 57.

figure 1

### Incidence de la chirurgie de cataracte et du nombre de patients opérés





une séquelle définitive sur la vision à moins de 5/10<sup>e</sup> non améliorable [31]. Nous avons déterminé que le risque à quatre ans de décollement de rétine était de 0,99 % (11 424 patients opérés de décollement de rétine secondaire à une chirurgie de la cataracte) [30]. Le délai médian d'apparition de cette complication était de 237 jours (interquartile 75-738).

Nous avons également pu déterminer les facteurs de risque de cette complication. Nous avons mis en évidence que la myopie forte et un âge trop précoce (figure 2) de chirurgie étaient des facteurs de risque majeur. Ainsi, comparativement aux patients opérés après 75 ans, les patients opérés entre 40 et 54 ans avaient un risque de décollement de rétine multiplié par 5,22 (Intervalle de confiance à 95 % 5,05 à 5,39), ceux opérés entre 55 et 64 ans par 3,69 (Intervalle de confiance à 95 % 3,60 à 3,79) et ceux opérés entre 65 et 74 ans par 1,98 (Intervalle de confiance à 95 % 1,93 à 2,03). La myopie forte multipliait le risque de décollement de rétine après chirurgie de la cataracte par 6,12 (Intervalle de confiance à 95 % 5,84 à 6,41). De plus, il existait une interaction statistique entre âge

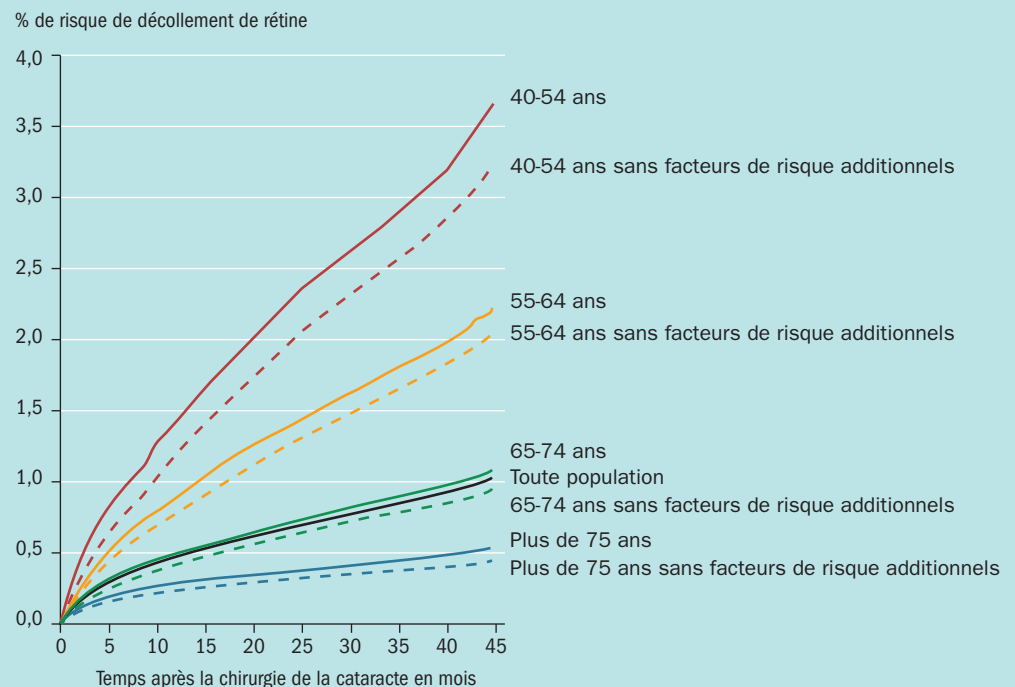
de chirurgie précoce et myopie avec une potentialisation du risque en cas de cumul des deux facteurs.

D'autres complications peuvent altérer le pronostic visuel tel que l'œdème maculaire post-opératoire qui survient dans 1 % à 2 % des cas selon les séries [1]. Dans un travail en cours de publication en partenariat avec l'échelon régional du service médical de l'Assurance maladie de Montpellier et la base Erasme, nous avons estimé l'incidence de l'œdème maculaire post-opératoire en Languedoc Roussillon à 0,99 %. L'incidence de l'endophtalmie (complication redoutable qui peut conduire à la perte anatomique de l'œil) tend à diminuer depuis l'utilisation d'antibiotique en fin d'intervention. Celle-ci a été estimée récemment à 0,03 % à partir du Registre suédois [32]. Des données épidémiologiques controversées suggèrent une association entre chirurgie de la cataracte et dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), probablement en lien avec l'effet majoré de la lumière sur la rétine après ablation du cristallin qui est remplacé par un implant artificiel [49].

Comme pour toute chirurgie, la balance bénéfices/risques pour le patient doit être prise en considération.

figure 2

**Effet de l'âge sur la probabilité cumulée de décollement de rétine après chirurgie de cataracte, pour tous les patients en France (traits pleins) et pour ceux n'ayant aucun autre facteur de risque de décollement de rétine (myopie forte, diabète, antécédent de traumatisme oculaire, complication chirurgicale per-opératoire)**



## Enseigner la pertinence de la prescription d'examens complémentaires à la faculté

### Exemple du certificat optionnel « Pertinence des examens complémentaires » mis en place à la Faculté Lyon Est

Ce certificat optionnel a été créé en 2010 par un groupe d'enseignants réunissant cliniciens et médecins de santé publique. Il est ouvert aux étudiants de deuxième année du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM2 : ex DCEM3 ou 5<sup>e</sup> année).

Son objectif est de susciter la réflexion des étudiants sur la prescription d'actes en général (actes biologiques, radiologiques, endoscopiques...). Il s'agit de réintégrer cette prescription dans la démarche globale du raisonnement médical, que ce soit une démarche diagnostique, de surveillance ou de dépistage. Les notions de validation des actes diagnostiques en termes de « performance » (sensibilité, spécificité, valeur prédictive) sont souvent assez bien connues des étudiants sur le plan théorique, mais

sans qu'ils mesurent réellement l'utilisation qu'il faut avoir de ces notions théoriques dans la pratique clinique. Par ailleurs, l'objectif est d'ajouter les notions de prescriptions utiles ou inutiles en termes de bénéfice pour le patient, les notions de rapport bénéfice-risque et bénéfice-coût. Les notions de pertinence et de qualité des soins sont abordées sous l'angle d'une réflexion à l'échelle d'un praticien ou d'une institution, de même que les notions d'évaluation de la qualité des soins.


Cette réflexion est traitée d'un point de vue général et théorique, mais également à partir de situations cliniques fréquentes de médecine générale.

### Contenu de la formation

Cet enseignement, d'une cinquantaine d'heures, est validé par un travail de groupe pouvant porter soit sur un travail bibliographique sur le thème de la pertinence d'un acte ou d'une stratégie diagnostique, soit sur une évaluation de pratique hospitalière

(exemples de travaux réalisés : Indication du dosage de pro calcitonine : revue de la littérature et proposition de recommandations de prescription à l'usage des services hospitaliers ; pratique du bilan préopératoire ; prescription du bilan lipidique : enquête des pratiques auprès d'un groupe de médecins généralistes ; la radiographie thoracique quotidienne en réanimation...).

Ce travail est rendu sous forme d'un document rédigé, remis aux enseignants ; il est également présenté en séance à l'ensemble des étudiants inscrits au certificat, ces séances faisant partie intégrante du module.

L'introduction des notions de pertinence des soins ou des prescriptions est indispensable dès la formation médicale initiale, en la présentant comme une partie intégrante du raisonnement médical ; un raisonnement médical bien construit permettant en principe d'allier qualité du diagnostic, pertinence des décisions et utilisation raisonnée des ressources. 

### Isabelle Durieu

Professeur de médecine interne, faculté de médecine Lyon Est, UCBL1, Hospices civils de Lyon


En cas d'opacification de cristallin précoce, par exemple avant 55-65 ans, il conviendra de bien informer le patient du risque majoré de complications potentielles. L'ophtalmologiste devra lui aussi être plus vigilant dans la gestion de ses indications opératoires, notamment vis-à-vis des patients jeunes désireux d'une chirurgie du cristallin à visée réfractive, pour se passer de leurs lunettes.

Cette collaboration entre ARS et ophtalmologistes a permis de réaliser une étude épidémiologique sur l'évolution des pratiques, mais également de mettre en évidence les facteurs de risque d'une des principales complications de la chirurgie de la cataracte.

La gravité et la fréquence des complications, plus élevées pour certaines catégories de patients, doivent amener la réflexion sur la pertinence d'opérer de la cataracte les sujets jeunes, et en particulier pour les patients myopes. De même la nécessité d'opérer le deuxième œil doit être évaluée au regard du rapport bénéfice/risque de cette seconde intervention et de la gêne fonctionnelle réévaluée quelques semaines

après la première opération alors que nous constatons actuellement une prise de décision d'opérer d'emblée les deux yeux dans un intervalle de plus en plus court.

Ces facteurs de risque étant des facteurs modifiables, diffuser les conclusions de ces articles devrait permettre de diminuer le décollement de rétine après chirurgie de la cataracte et ainsi améliorer la santé visuelle de la population française.

Forts de ces résultats et étant donné le taux de recours important de la population du Languedoc-Roussillon à cette chirurgie, l'ARS a créé et anime le groupe régional « Pertinence des interventions sur le cristallin », associant professionnels de santé et Assurance maladie dans un objectif de sensibilisation des ophtalmologistes (chirurgiens ou non) et du grand public sur les risques liés à cette intervention. Les résultats déjà acquis de ces études, complétés par une étude qualitative de pertinence, sont susceptibles de modifier les recommandations de pratique clinique de chirurgie de la cataracte. 



# Perspectives et éclairage international

Les taux de recours aux soins varient largement d'un pays à l'autre. Aux États-Unis, la campagne *Choosing Wisely*, dont l'objectif est la juste prescription, est menée par et avec les professionnels et les patients. En France, un atlas des variations des pratiques informera les usagers qui pourront ainsi être acteurs de leur prise en charge.

## Observer les variations des taux de recours aux soins : un outil diagnostique pour encourager la pertinence des actes

Valérie Paris  
Divya Srivastava  
Annalisa Belloni  
Gaetan Lafortune

Organisation  
de coopération  
et de développement  
économiques (OCDE)

Une abondante littérature, dont les premiers articles remontent aux années 1930, porte sur les variations géographiques des pratiques médicales. Elle constate invariablement que le taux de recours aux soins varie largement d'un pays à l'autre, mais aussi entre zones géographiques d'un même pays. En 2014, l'OCDE a publié pour la première fois des analyses sur les variations géographiques observées entre pays, mais aussi entre régions<sup>1</sup>.

Cette étude inclut 13 pays : la France, l'Australie, la Belgique, le Canada, la République Tchèque, la Finlande, l'Allemagne, Israël, l'Italie, le Portugal, l'Espagne, la Suisse et l'Angleterre. Elle porte sur un sous-ensemble

1. Cet article se base sur le rapport *Geographic Variations in Health Care, What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?* publié en septembre 2014 par l'OCDE, dans lequel le lecteur pourra trouver les références de toutes les études mentionnées.

d'activités qui sont à la fois coûteuses et fréquentes. Afin de pouvoir comparer simultanément les taux d'interventions entre pays et entre régions d'un même pays, tous les taux ont été standardisés par âge et sexe, en utilisant comme référence la structure démographique de l'ensemble des pays de l'OCDE. Cette standardisation permet de supprimer les variations dues aux différences de structure démographique mais ne prétend pas supprimer la totalité des dissimilitudes de besoins médicaux selon les populations.

Chaque pays était libre de choisir l'unité géographique qui lui semblait la plus pertinente et pour laquelle les données étaient disponibles. Ceux-ci ont donc fourni une information pour un nombre d'unités géographiques variant de 7 (en Israël) à 150 en Angleterre. La taille des unités géographiques varie sensiblement : l'unité géographique la plus petite compte 16 000 habitants (un canton suisse) tandis que la plus grande en compte

6,5 millions (la communauté de Madrid). Ces différences de taille ont un impact sur les variations mesurées puisque plus les unités sont petites, plus la dispersion des taux de recours a des chances d'être élevée.

Parmi tous les actes médicaux étudiés dans ce rapport, les taux d'interventions cardiaques présentent les variations les plus importantes. Ils varient selon un ratio de 1 à 3 d'un pays à l'autre, et on observe le plus grand coefficient de variations entre unités géographiques dans plus de la moitié des pays étudiés. Concernant l'angioplastie coronarienne, les taux nationaux les plus élevés sont observés en Allemagne et en Israël, où ils dépassent 340 interventions pour 100 000 personnes, et les plus faibles se retrouvent au Portugal et en Espagne, où ils sont sans doute sous-estimés du fait que seul le secteur public est pris en compte. En termes de variations interrégionales, Israël et la Suisse affichent les plus faibles variations, tandis que la Finlande et l'Espagne ont les plus élevées. En France, les variations interdépartementales sont relativement élevées, le taux départemental le plus haut est près de trois fois celui du plus faible (figure 1).

Les taux d'arthroplastie du genou varient également fortement, dans un ratio de 1 à 4 entre pays. L'Australie, la Suisse, la Finlande, le Canada et l'Allemagne ont les

taux standardisés moyens les plus élevés, dépassant 200 interventions pour 100 000 habitants, tandis que les taux sont inférieurs à 150 dans plusieurs pays. Israël a le taux le plus faible, avec 56 interventions pour 100 000 personnes. Les arthroplasties du genou varient également dans un ratio de 1 à 2, ou 1 à 3, entre régions dans la plupart des pays, et dans un ratio de 1 à plus de 5 au Canada, au Portugal et en Espagne (figure 2).

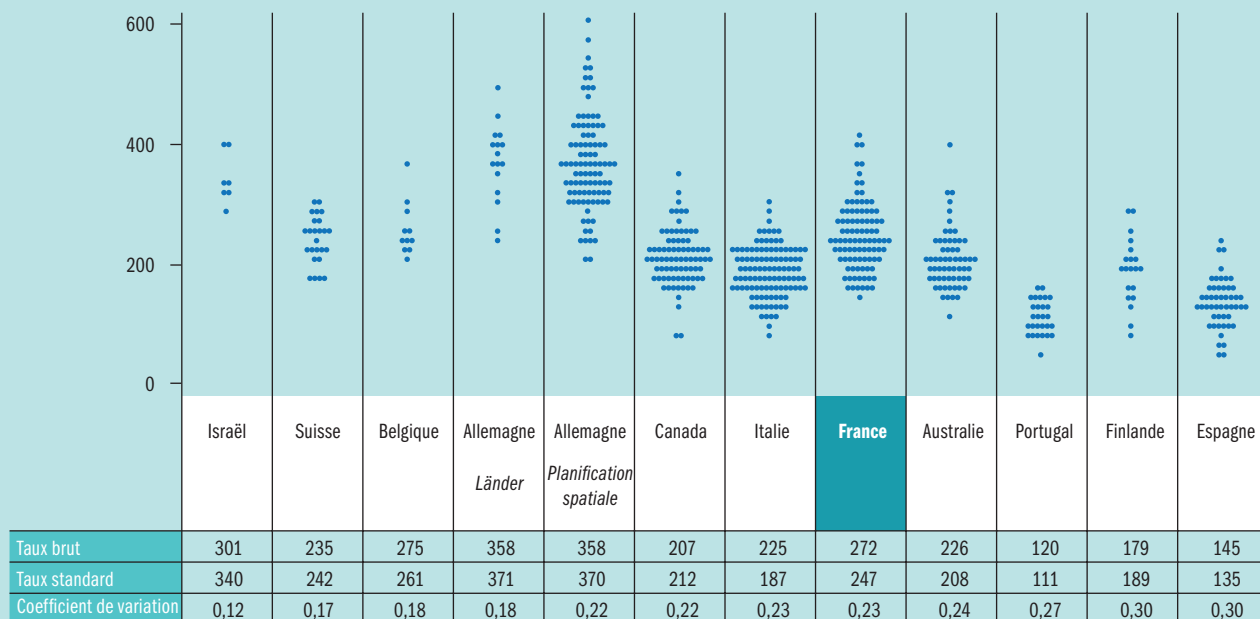
D'importantes variations ont également été mises en évidence pour d'autres actes. En ce qui concerne les admissions médicales en hospitalisation complète – sans chirurgie et hors accouchement normal, les taux les plus élevés sont observés en Israël, en Allemagne et en Australie, avec plus de 12 000 admissions pour 100 000 habitants.

Les taux de césariennes sont 50 % plus élevés en Italie, au Portugal, en Australie, en Suisse et en Allemagne, où un tiers des accouchements se fait par césarienne, qu'en Finlande où seulement 20 % des accouchements sont réalisés par césarienne. Les variations interrégionales pour la césarienne sont souvent inférieures à celles observées pour les autres interventions étudiées. C'est en Belgique que les variations des taux de césariennes sont les plus faibles, mais le taux provincial le plus

figure 1

### Taux d'angioplastie coronarienne par pays et par zone géographique, 2011 ou dernière année disponible

Taux standardisés pour 100 000 habitants



Chaque point représente une zone géographique. Les pays sont classés par ordre croissant d'amplitude des variations entre régions. Les taux ont été standardisés par âge et sexe en utilisant comme référence la structure démographique de l'ensemble des pays de l'OCDE.

Source : Estimations des auteurs basées sur les données fournies par les pays dans le cadre du projet OCDE.



figure 2

Taux d'arthroplastie du genou par pays et par zone géographique, 2011 ou dernière année disponible

Taux standardisés pour 100 000 habitants



Chaque point représente une zone géographique. Les pays sont classés par ordre croissant d'amplitude des variations entre régions. Les données pour le Portugal et l'Espagne n'incluent que les hôpitaux publics. En Espagne, les taux sont reportés en fonction de la localisation de l'hôpital et non en fonction du lieu de résidence du patient. Les taux ont été standardisés par âge et sexe en utilisant comme référence la structure démographique de l'ensemble des pays de l'OCDE.

Source : Estimations des auteurs basées sur les données fournies par les pays dans le cadre du projet OCDE.

haut est tout de même 30 % plus élevé que le taux le plus faible. Les taux de césariennes varient du simple au double entre régions du Canada, de la Finlande, de l'Allemagne et de la Suisse. La France montre des variations interdépartementales plutôt faibles, tandis que l'Espagne et l'Italie battent des records en termes de variations interrégionales. En Italie, certaines provinces du Sud ont des taux 6 fois plus élevés que d'autres provinces.

La fréquence de l'hystérectomie a tendance à décliner dans les pays de l'OCDE grâce à l'apparition de traitements moins invasifs. Cependant, le déclin n'est pas uniforme dans les pays ou les régions.

Les taux d'hystérectomie les plus élevés sont observés au Canada et en Allemagne où plus de 360 hystérectomies pour 100 000 femmes sont pratiquées chaque année. Ils sont presque deux fois plus élevés que ceux observés en Israël, en Espagne, au Portugal ou en République Tchèque.

Dans la plupart des pays, les variations entre régions se situent dans un ratio du simple au double ou de 1 à 3. Le Canada et la République Tchèque ont les niveaux

de variations les plus élevés, dus à certaines valeurs extrêmes observées dans quelques régions.

**Quels sont les facteurs à l'origine de telles variations ?**

Une revue de la littérature et le recours aux experts nationaux ont permis de mettre en évidence un certain nombre de déterminants de ces variations.

Par exemple, l'influence de l'offre hospitalière sur les taux d'admissions à l'hôpital (médicaux et chirurgicaux) a été largement documentée et de nombreuses études – mais pas toutes – ont confirmé la loi dite de Rohmer affirmant qu'un lit installé est un lit rempli. Une étude aux États-Unis a montré, par exemple, que le nombre de lits par habitant variait du simple au double dans 313 zones d'attraction hospitalières, et que les patients de Medicare (couverture publique pour les plus de 65 ans) des zones les plus denses en lits avaient 30 % de chance de plus d'être hospitalisés, en tenant compte des caractéristiques socio-économiques et du « fardeau de la maladie » [21].

D'autres études suggèrent que la disponibilité et la

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 57.



qualité des services de soins primaires pourraient avoir une influence. Pour certaines pathologies chroniques telles que le diabète, des soins primaires de qualité sont supposés réduire le taux d'hospitalisations. Au Canada, en 2006, le taux d'admissions dites « sensibles aux soins ambulatoires », c'est-à-dire pour des affections qui pourraient être traitées par des soins primaires, était plus de 60 % plus élevé dans les zones rurales que dans les zones urbaines [9]. De même, l'éloignement de l'hôpital et l'insuffisance de services de soins primaires dans certains territoires canadiens expliquent une part des variations observées dans les taux d'hospitalisations médicales [10].

Du côté de la demande, plusieurs études ont montré l'influence de facteurs sociodémographiques sur les taux de recours aux soins. Par exemple, une étude de 2000 a montré que les taux d'admissions pour 66 *primary care groups*, en Angleterre, étaient fortement corrélés non seulement avec la prévalence de maladies chroniques, mais aussi avec le degré de précarité sociale [36]. Au Canada, les zones plutôt pauvres ont des taux d'hospitalisations sensibles aux soins ambulatoires, plus élevés que les zones plus aisées.

- De même, les différences dans les taux d'interventions cardiaques ne semblent pas entièrement expliquées par des facteurs cliniques. L'Allemagne, par exemple, a un taux de revascularisations cardiaques plus élevé que d'autres pays, alors que la mortalité due aux maladies ischémiques est similaire à la moyenne observée dans les pays de l'OCDE. Des travaux réalisés en 2003 en Allemagne dans plus de 100 hôpitaux ont conclu à une surutilisation de 10 % des interventions de revascularisation tandis que dans un quart des cas, la pertinence de l'intervention était incertaine. Une étude conduite à la fin des années 1990 au Canada a trouvé de fortes variations entre provinces et régions dans la probabilité de recourir à une revascularisation après un infarctus du myocarde. En France, une étude a comparé les taux locaux de revascularisation, ajustés par le taux d'hospitalisation pour maladie ischémique dans trois régions. Elle a montré que les habitants des régions à faible densité de population, avec un niveau d'éducation inférieur et/ou un niveau de revenu plus faible, ont moins de chances de recourir à ce type d'interventions.

- Dans le cas de l'arthroplastie du genou, quelques études semblent confirmer un lien entre les taux d'intervention et la morbidité. En France, les régions du nord-est ont des taux d'arthroplastie du genou plus élevés, mais aussi une prévalence plus élevée d'ostéoarthrose. Cependant, en Allemagne, une étude publiée en 2011 a montré pour des groupes de régions que les variations dans la prévalence de l'arthrose étaient faibles comparées aux variations dans les taux d'arthroplastie du genou, suggérant que le besoin clinique n'était pas le seul facteur explicatif de ces variations. Quelques études ont montré que le style de pratique joue un rôle important. Par exemple, une étude publiée aux

États-Unis a analysé les taux d'arthroplastie du genou standardisés par âge, sexe et origine ethnique observés dans des zones d'attractivité hospitalières contiguës pour les patients de *Medicare*. Les taux varient dans un ratio de 1 à 2,4 qui n'est probablement pas attribuable à des différences dans les besoins ou les préférences des patients. Les auteurs attribuent ces différences à ce qu'ils appellent les « signatures chirurgicales », ou styles des pratiques des chirurgiens, qui persistent dans le temps. Une autre étude au Canada, portant sur les régions de la plus grande province, l'Ontario, a conclu que l'opinion ou même l'enthousiasme des chirurgiens orthopédiques pour cette intervention était le principal déterminant « actionnable » des variations observées et a préconisé d'agir sur ces préférences pour réduire les variations géographiques d'arthroplastie.

Du côté de la demande, plusieurs études menées aux États-Unis ou en Australie montrent que les habitants des zones à faible statut socio-économique ou faible densité de population avaient plus de chance de recourir à l'arthroplastie du genou. Paradoxalement, une étude américaine publiée en 2008 et utilisant des données individuelles concernant une population âgée a trouvé que la probabilité de recevoir une arthroplastie – de la hanche ou du genou – pour les individus ayant un besoin clinique identique, était 50 % inférieure pour les Noirs que pour les Blancs et 30 % inférieure pour les personnes à faible niveau d'étude, que pour les autres.

- En ce qui concerne les césariennes, plusieurs études ont montré que les hôpitaux privés ont tendance à pratiquer plus de césariennes que les hôpitaux publics. C'est vrai en France, en Italie, en Espagne et en Suisse [2, 9, 39, 41, 43]. D'autres études suggèrent que le taux de césarienne est influencé par le type de personnel disponible : plus d'obstétriciens et moins de sages-femmes par lit semblent conduire à davantage de césariennes. Aux États-Unis, le style de pratique des médecins joue également un rôle.

Concernant la demande, on sait que les femmes ayant un statut socio-économique élevé et un haut niveau d'éducation ont plus de chance de donner naissance par césarienne. En Floride par exemple, les femmes non assurées ou couvertes par *Medicaid* (couverture santé publique pour les plus défavorisés) ont moins de chance d'accoucher par césarienne. Au contraire, en Allemagne, une étude des variations régionales des taux de césariennes publiée en 2012 a trouvé que les facteurs socio-économiques jouaient un rôle faible ou négligeable sur les taux observés.

- Les hystérectomies sont plus fréquentes dans les zones à faible niveau d'éducation et de revenu, au moins dans certains pays. C'est le cas en Australie et en Angleterre, mais apparemment pas en Belgique et en Italie. Il y a également davantage d'hystérectomies dans les zones rurales australiennes et canadiennes que dans les zones urbaines, ce qui pourrait être expliqué par la plus grande disponibilité de traitements alternatifs dans les secondes.



Ce que cette revue de littérature sur les déterminants des variations géographiques du recours aux soins nous a enseigné, c'est que ces déterminants sont extrêmement dépendants du contexte. Ainsi, ce qui est mis en évidence dans un pays, n'est pas forcément valide pour un autre pays. Des études nationales ou régionales sont nécessaires pour identifier les déterminants des variations locales des taux de recours.

Malgré tout, il paraît évident qu'une partie des variations observées n'est pas entièrement justifiée par des différences dans les besoins de santé des populations ou par les préférences des patients. Ceci conduit à recommander d'analyser autant que possible l'étendue des variations des taux de recours, dans le but d'améliorer les performances des systèmes de santé.

### Quelles sont les stratégies utilisées pour agir sur les variations des pratiques médicales ?

La première étape pour réduire les variations géographiques des taux de recours injustifiés est de les observer et de les rendre publiques. Dans plusieurs pays de l'OCDE, les gouvernements ou d'autres acteurs publient de manière régulière des Atlas des variations des taux de recours (Royaume-Uni, Espagne, Canada, Allemagne, etc.). C'est une première étape, qui permet d'attirer l'attention des politiques, des médecins et des patients et de diagnostiquer d'éventuels problèmes de sur- ou sous-utilisations d'interventions dans certaines zones. Lorsque les variations observées sont élevées, il est alors important de faire un effort pour comprendre ce qui se passe.

Les pays participant à cette étude ont mis en place des politiques pour réduire les variations suspectées d'être injustifiées.

Quelques pays ont ainsi fixé des objectifs cibles pour les taux d'intervention régionaux de certaines procédures. La Belgique, par exemple, a développé avec les acteurs du système une stratégie pour réduire le taux d'exposition aux radiations ionisantes résultant des examens d'imagerie de 25 %, avec des objectifs régionaux. L'Italie a fixé des taux régionaux cibles pour les césariennes, qui ont probablement contribué au renversement de tendance observé en 2012 dans les provinces où les taux étaient les plus élevés.

Le développement de recommandations de pratiques cliniques et leur suivi sont également un élément clé pour standardiser les pratiques. Dans presque tous les pays étudiés, les sociétés médicales ou les autorités de santé ont produit des recommandations pour les interventions analysées dans ce projet. En Finlande, par exemple, le déclin du taux d'hystérectomie a coïncidé avec la publication de résultats d'un essai clinique qui a influencé les recommandations nationales. On sait cependant que la publication de recommandations n'est pas toujours suffisante, en particulier lorsque celles-ci ne confortent pas les médecins dans leur pratique courante. Il est important de mettre en place des stratégies pour que ces recommandations soient adoptées


et suivies par les professionnels. En Espagne, certains hôpitaux ont mis en place un « protocole d'inclusion » pour évaluer le besoin de recourir à la césarienne pour chaque femme, qui a conduit à une légère réduction de cette pratique.

La production de données au niveau de chaque fournisseur de soins, ainsi que le retour d'information aux médecins sont aussi des outils intéressants. Par exemple au Canada, un rapport récent, publié par le *Cardiac care network* sur les taux de revascularisation par hôpital en Ontario, a permis d'améliorer la transparence et la cohérence des prises de décisions au niveau de chaque hôpital. En Belgique, les hôpitaux ont reçu un *feedback* sur les variations des taux de césariennes, qui a conduit à une convergence des taux entre hôpitaux ayant les plus hauts et les plus bas taux de césariennes. Lorsqu'il existe une forte résistance des fournisseurs à la publication de résultats individuels, ce *feedback* peut éventuellement être fourni aux médecins et aux hôpitaux sans être publié.

Quelques pays ont tenté d'utiliser des incitations financières pour réduire le nombre de césariennes non médicalement justifiées. C'est le cas en France, où l'écart entre les tarifs pour césarienne et accouchement normal a été réduit. En Angleterre, les tarifs ont été totalement alignés. La Corée a introduit un « paiement à la performance » lié au taux de césariennes de l'hôpital.

Enfin quelques politiques sont plus centrées sur le patient. La mesure des « *patient outcomes* » est l'une d'entre elles. En Suède et en Angleterre, une information est systématiquement collectée suite à certaines interventions chirurgicales telles que les arthroplasties de la hanche et du genou sur la mobilité fonctionnelle des patients avant et après l'opération. Cette pratique permet de mieux analyser l'efficacité de ces interventions et peut potentiellement aider à identifier les zones ou les procédures sont surutilisées (diminution des « résultats » pour les patients).

La diffusion d'outils d'aide à la décision pour les patients peut également aider à prendre en compte les préférences de ces derniers. Les États-Unis et le Royaume-Uni publient des aides à la décision pour de nombreuses interventions. Ces outils visent à compléter l'information fournie par les médecins et à aider le patient à mieux évaluer les risques et les bénéfices attachés à différentes options de traitement. Dans certains cas, ils peuvent réduire le recours à des interventions coûteuses. Dans de nombreux cas, les préférences des patients bien informés ne coïncident pas avec les préférences des médecins (souvent plus interventionnistes).

Certaines de ces politiques sont relativement récentes et leur impact n'a pu être totalement évalué. Mais l'élément principal à retenir de nos travaux est qu'il est important d'observer les variations locales de recours aux soins, de tenter de les expliquer et de mettre en œuvre des politiques visant à réduire celles qui paraissent injustifiées. Ces stratégies devraient permettre aux systèmes de santé d'être à la fois plus efficaces et plus équitables. 

# Pour un atlas des variations des pratiques en France

L'information sur les droits des usagers de la santé constitue une priorité pour réduire l'asymétrie d'information entre soignants et soignés et permettre aux usagers de pouvoir contribuer aux décisions de santé et aux patients d'être réellement acteurs de leur prise en charge en choisissant au mieux leur parcours de soins. Cette priorité est entrée dans le Code de santé publique depuis plus de 13 ans avec le vote de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les taux de recours aux soins de la population sur un territoire donné (région, département, territoire de santé) sont le reflet de l'organisation de l'offre, de la disponibilité des lits et des médecins et de leurs pratiques médicales. Les études montrent que les patients qui ont des problèmes similaires sont soignés de façon différente selon leur lieu d'habitation. Les variations dans la pratique médicale posent un problème médical et économique lorsque les variations observées ne sont pas justifiées par le besoin des patients. Elles soulèvent la question de la qualité des soins consommés, de l'équité d'accès aux soins et de l'efficacité dans l'allocation des ressources limitées. Les usagers et les patients méritent de connaître ces informations pour décider des choix relatifs à leur santé. En 1984, John Wennberg a aussi montré que les pratiques médicales évoluent lorsque les médecins disposent de l'information sur les taux dans leur propre voisinage.

Le suivi et la publication de l'information sur la variation des pratiques médicales sont reconnus comme un moyen de soulever des questions et de promouvoir des actions visant à réduire les variations injustifiées. De nombreux pays produisent des Atlas de recours aux soins afin d'interroger systématiquement ces variations, d'informer le grand public et de sensibiliser les professionnels. C'est d'ailleurs souvent la première étape mise en œuvre pour contribuer à l'amélioration de la pertinence des soins. Le rapport de l'OCDE, paru en septembre 2014, indique ainsi que l'Australie, la Belgique, le Canada, l'Angleterre, la Finlande, l'Italie, l'Espagne et les États-Unis, par exemple, ont déjà publié un atlas national ou produisent régulièrement des atlas thématiques (figures 1 et 2).

Les objectifs auxquels l'atlas peut contribuer sont donc multiples :

- faire un état de la situation et suivre les évolutions de façon régulière pour améliorer la transparence du système (*public reporting*);
- soulever des questions sur l'utilisation des services de santé, susciter un débat parmi les cliniciens, les usagers et les régulateurs sur les raisons de ces dif-

férences observées et inciter à l'amélioration de la qualité des soins délivrés ;

- aider à la prise de décision locale pour augmenter les moyens alloués à une population particulière pour ses soins de santé : c'est ce qui a été fait par le *National Health Service* (NHS), après les publications de 2010 et 2011, avec l'élaboration d'une série d'atlas thématiques qui mettaient l'accent sur des pathologies ou des populations spécifiques : les enfants et les jeunes, le diabète, les maladies rénales et les tests diagnostiques<sup>1</sup>.

En France, les données sur l'utilisation des services de santé sont produites en routine et sont accessibles sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (lire les articles p. 13 et 22), mais elles sont peu visibles et compréhensibles en l'état par les professionnels de santé et par le grand public. Il est nécessaire d'en accompagner la diffusion et d'assurer la pédagogie autour des données standardisées, des écarts de variations, des déterminants des variations observées, de la difficulté à déterminer le « bon » niveau de recours, etc.

Ainsi, pour capitaliser sur les travaux déjà menés en France sur l'amélioration de la pertinence des soins, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Haute Autorité de santé (HAS), la Caisse nationale d'assurance maladie des salariés (CnamTS), l'ATIH, en partenariat avec l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), se sont engagés dans l'élaboration du premier atlas national sur les variations des pratiques médicales.

Dans la littérature relative à la variabilité des pratiques médicales, on distingue en général trois catégories de soins au regard de la pertinence de soins : les soins hautement efficaces pour lesquels il existe un consensus général sur leur efficacité et les conditions d'utilisation (la population concernée par le traitement); les soins dont le bénéfice net est incertain et inégal selon les groupes de patients; les soins dont l'efficacité n'a pas été démontrée pour lesquels le bénéfice marginal est très faible, voire négatif [44, 50, 55]. Ce premier atlas national se concentrera sur les interventions qui rentrent dans les deux dernières catégories pour lesquelles les bénéfices pour certains patients peuvent être questionnés et pour lesquelles la HAS et/ou la CnamTS proposent des outils destinés à clarifier les indications.

L'atlas a vocation à contenir, outre des cartes illustrant les variations des pratiques selon les départements, des éléments de problématique et de recommandations (lorsque disponibles) pour chaque acte et la pathologie

**Zeynep Or**

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes)

**Morgane Le Bail**  
**Arnaud Fouchard**

Direction générale de l'offre de soins

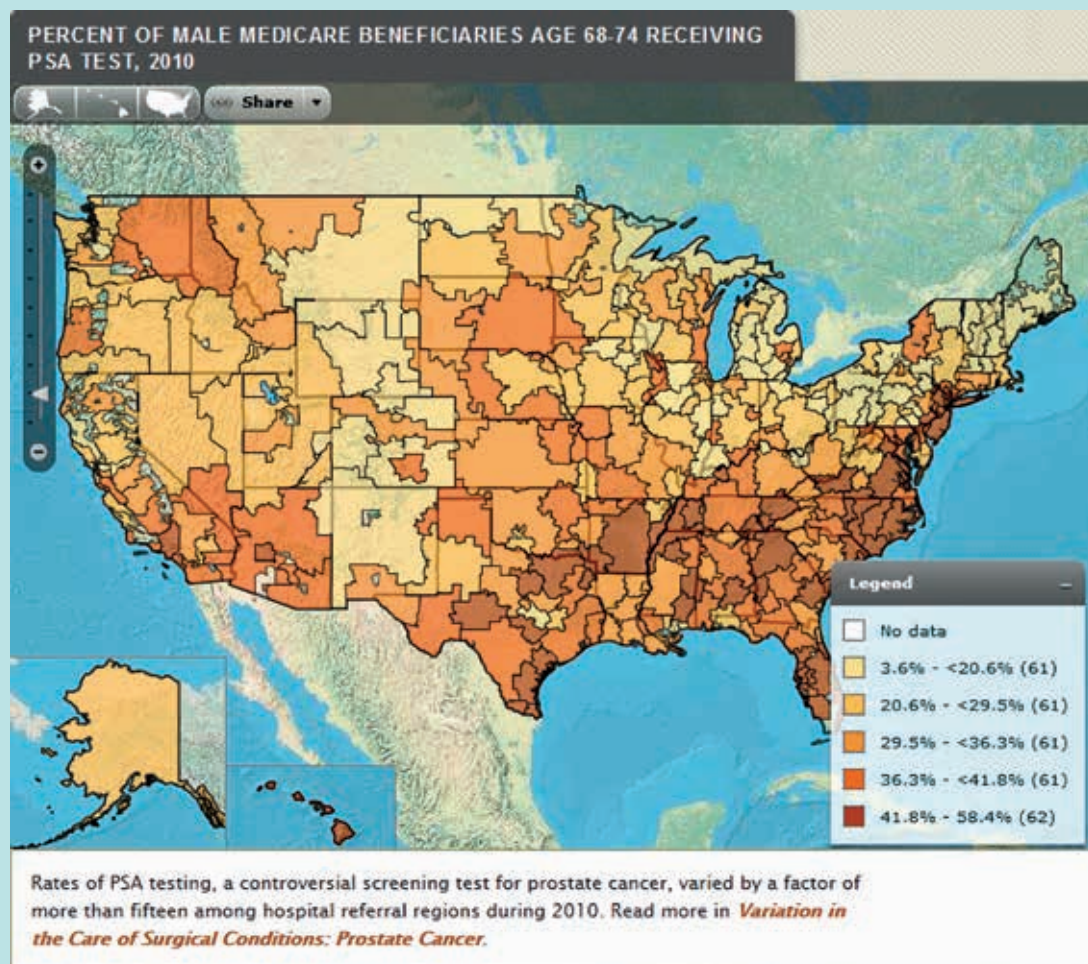
*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 57.*

1. <http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/nhs-atlas/>



figure 1

Carte illustrant les variations de dépistage par le *Prostate Specific Antigen* (PSA) aux États-Unis en 2010, issue du Dartmouth Atlas of Health Care



Source : Variation in the care of surgical conditions : prostate cancer, Dartmouth Institute. [http://www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/Prostate\\_cancer\\_report\\_12\\_03\\_14.pdf](http://www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/Prostate_cancer_report_12_03_14.pdf)

correspondante, afin de faciliter l'interprétation des variations par un grand public.

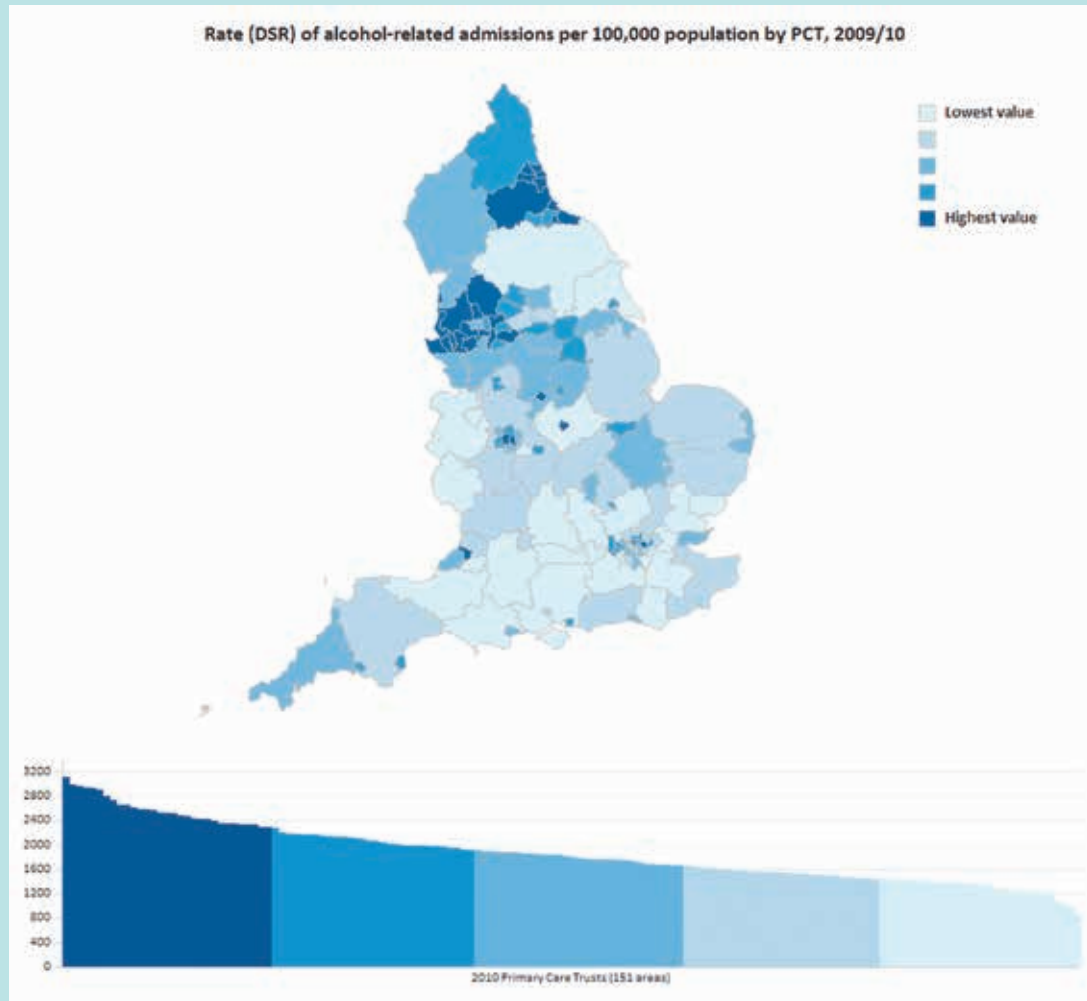
Ce premier atlas vise avant tout à sensibiliser les professionnels de santé et le grand public sur la variabilité des pratiques et les convaincre de l'utilité de cette démarche de suivi régulier. Pour cette première édition, il est limité dans le nombre de thématiques couvertes. L'objectif est de poursuivre cet exercice en élargissant progressivement les thématiques couvertes et en affinant la connaissance des problématiques de pertinence.

Il faut aussi signaler que les taux de recours actuellement utilisés sont calculés à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et qu'elles concernent uniquement les pratiques en établissement de santé et non en ville. Il sera aussi souhaitable à l'avenir de pouvoir disposer des données permettant de comprendre les variations des pratiques en ville.

Enfin il faut être conscient que si la mesure des variations des pratiques médicales est une étape


figure 1

**Carte illustrant les admissions pour lesquelles l'alcool est en cause tirée de l'atlas du NHS England 2011**



Source : NHS Atlas of Variation, Map 61 : <http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/atlas/nhs-atlas-of-variation-in-healthcare-2015>  
 © Crown copyright and database rights 2011 Ordnance Survey 100020290.

nécessaire, elle n'est pas suffisante en elle-même. La pertinence des soins médicaux est sous la responsabilité des médecins. Il est donc important de continuer d'investir sur les recommandations de bonne pratique pour clarifier les indications et les non-indications. Compléter ces recommandations en promouvant la comparaison des pratiques des professionnels dans une démarche de *benchmark* à l'aide d'indicateurs pourrait aussi susciter l'évolution des pratiques vers une plus grande cohérence.

Au total, l'information du grand public par la publication d'un atlas des variations des pratiques médicales reste un élément majeur pour contribuer à l'amélioration de la pertinence des soins. Cette démarche a déjà été opérée dans de nombreux pays mais elle manque encore en France. Elle devra s'intégrer dans une perspective pluriannuelle et devra être associée à d'autres outils pour inscrire professionnels et usagers dans une dynamique conjointe de changement des pratiques actuelles. 



## « Choisir avec soin » : pertinence et professionnalisme

### Maxime Cauterman

Conseiller médical  
de la Fédération  
hospitalière de  
France

### Jean Petit

Directeur Qualité et  
Gestion des risques,  
CHU de Toulouse

### Dominique Somme

Gériatre, chef de  
service, chercheur  
en santé publique,  
Faculté de médecine,  
Université de  
Rennes 1, Service  
de gériatrie CHU de  
Rennes, Centre de  
recherche sur l'action  
politique en Europe  
UMR 6051

Les références entre  
crochets renvoient à la  
Bibliographie générale  
p. 57.

Peu de phénomènes concilient autant les enjeux de qualité et d'optimisation des coûts de la santé que les concepts de pertinence des décisions et de bon usage des thérapeutiques et services. Ces phénomènes, plutôt étudiés sous l'angle du mésusage et de la non-pertinence, sont connus et bien documentés depuis de nombreuses années. Par opposition à la définition donnée par le Pr René Mornex dans son rapport à l'Académie nationale de médecine [40], « *la pertinence est la qualité de ce qui est bon à son objet* », mésusage et non-pertinence recouvrent le sur et le sous-usage et le choix inapproprié d'une stratégie thérapeutique ou d'une ressource pour répondre aux besoins d'une personne. Diminuer la non-pertinence ou le mésusage, c'est à la fois supprimer les risques et les coûts inhérents à tout geste, acte, prise de traitement injustifiés.

L'évaluation de ces phénomènes est ancienne, on citera par exemple l'*Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP), développé dès 1981 par Gertman et Restuccia [24, 27]. Son ampleur varie, mais le chiffre de 30 % est régulièrement avancé [34], avec des taux plus importants dans certaines activités que dans d'autres (par exemple, sur la mesure des journées d'hospitalisations des personnes âgées [51]) et selon les méthodes de mesure. En termes de dépense de santé, la non-pertinence est identifiée comme l'un des tout premiers facteurs de progression des dépenses et d'inefficience des systèmes de santé [5].

Aussi, n'est-il pas étonnant que dans l'histoire de la non-pertinence, ce soit les « payeurs » et les autorités qui aient structuré les premières analyses et démarches de contrôle, notamment au travers de l'étude des variations des taux de recours entre différentes zones géographiques (*utilization review*) et de mise sous accord préalable de certaines procédures. En France, l'Assurance maladie, et en particulier son service médical, a depuis longtemps travaillé sur la chirurgie du canal carpien, sur la chirurgie bariatrique, sur les angioplasties...

Aujourd'hui, l'amélioration de la pertinence demeure un levier clairement identifié pour contenir la croissance des dépenses de santé et, de ce fait, est un axe de travail du programme de gestion du risque commun entre l'État et l'Assurance maladie<sup>1</sup>.

Mais dans un contexte d'augmentation des contrôles et de suspicion croissante à l'égard du corps médical (quant au maintien de leurs compétences, à la gestion des conflits d'intérêts avec l'industrie, à leur engagement pour une équité dans l'accès aux soins...), la pertinence

devient aussi un enjeu professionnel. Les médecins reconnaissent l'ampleur du phénomène<sup>2</sup> et certains leaders de la profession en listent les motifs<sup>3</sup> (systèmes de paiement incitatifs au développement des volumes, multiplication et manque de lisibilité des recommandations pour la pratique, pression de l'innovation, pression de la demande des patients, impression de se protéger d'un risque contentieux en multipliant les examens et avis, formation initiale et concours sanctionnant l'oubli d'un examen mais pas l'excès de prescription...) Mais au-delà de la responsabilité sociétale et des préoccupations pour la pérennité de notre système de santé, les cliniciens, et les organisations dans lesquelles ils travaillent, sont davantage sensibles à l'amélioration des situations individuelles, au fait que les patients doivent avoir accès aux soins dont ils ont besoin, mais qu'aucune prescription n'est exempte de risque. C'est sur l'évaluation de la balance bénéfique/risque, basée sur la connaissance et les preuves scientifiques, et discutée de manière transparente et honnête avec le patient pour l'ajuster à sa situation individuelle et à ses préférences, que doit reposer toute démarche d'amélioration de la pertinence.

### La campagne américaine *Choosing Wisely* – choisir avec soin

Cette vision résume les grandes lignes de la campagne *Choosing Wisely* – « Choisir avec soin » –, lancée en 2011-2012 par la Fondation de l'American Board of Internal Medicine (ABIM). Cette campagne, dont l'objectif est de réduire le recours aux prescriptions, actes et procédures de faible apport pour la santé et à risque d'effets indésirables, repose en effet sur quelques principes clés :

- elle est menée par les professionnels ;
- elle est menée avec et pour les patients ;
- elle est fondée sur les preuves et est transparente.

« Choisir avec soin » est une illustration du professionnalisme, tel que définit par l'ABIM dans sa charte de 2002<sup>4</sup>, notion qui fonde le contrat entre les médecins et la société : placer les intérêts du patient en premier et l'associer aux décisions, s'engager à maintenir sa

2. Les 803 médecins interviewés par TNS pour la FHF estiment que 28 % des actes sont inutiles (24 % selon les spécialistes libéraux, 32 % selon les généralistes et 26 % selon les médecins hospitaliers).

3. Pr René Mornex (Académie nationale de médecine), Pr Claude Girard (CHU Dijon), Pr Henri Escojido (Clinique Clairval – GdS), Dr Marie-José D'Alche-Gauthier (Réseau Qualité Bas-Normand), Dr Rémy Bataillon (HAS), Dr Christian Boehm, Dr Henri Bonfait (Orthorisq), Dr Jean Petit (CHU Toulouse). Pertinence des actes et des stratégies médicales. Communication au JIQHS 2013

4. <http://www.abimfoundation.org/~media/Foundation/Professionalism/Physician%20Charter.ashx?la=en>

1. Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CnamTS - [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cog\\_cnamts2010-13.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cog_cnamts2010-13.pdf)

compétence et son intégrité, participer à une juste utilisation de moyens limités.


Dans les faits, la campagne repose sur deux axes principaux :

- La création d'une liste par spécialité médicale de cinq prescriptions à éviter, ou à discuter de manière approfondie avec le patient, car à moindre valeur ajoutée pour la prise en charge et potentiellement porteuses de risques. Ces listes sont déterminées par les professionnels et validées par leurs sociétés savantes. Les critères de choix incluent les volumes élevés et l'existence d'arguments scientifiques forts. Ces listes sont claires et courtes et offrent un cadre de discussion entre le praticien et son patient. Les items sont majoritairement formulés en négatif, « ne pas », et portent notamment sur les prescriptions médicamenteuses (place des antibiotiques dans les infections ORL de l'enfant, place des hypnotiques chez les personnes âgées...), sur les examens d'imagerie (ostéodensitométrie, imagerie cardiaque, échographie thyroïdienne...), moins fréquemment de biologie (dosages de vitamine D, d'hormones thyroïdiennes, ECBU) et sur les dépistages systématiques (par exemple, pathologie coronaire en population générale, mammographie après 75 ans...).
- Une communication en direction des patients, sur des prescriptions particulières, ainsi qu'en direction du grand public sur les enjeux de pertinence et sur le fait que « plus n'est pas mieux ».

Aujourd'hui, « Choisir avec soin » est une initiative à laquelle se sont jointes plus de 80 sociétés savantes aux États-Unis. Il s'agit également d'une campagne mondiale à laquelle participent dorénavant 12 pays, dont 7 en Europe. Au sein du cadre offert par les Nord-américains, ce sont, à une exception près, des sociétés savantes et organisations de soins qui se mobilisent. Les démarches sont la plupart du temps autofinancées, mais quelques projets émergent sur des fonds publics dédiés à la qualité. Le matériau développé est important, il comprend en premier lieu les propositions des professionnels en termes de « listes de 5 », mais également des supports de communication à destination des patients, ainsi que des premières publications scientifiques et discussions dans la presse médicale. Ces dernières permettent d'envisager les points clés de l'acceptabilité

de la démarche tant par les prescripteurs que par les patients, et de se rendre compte à quel point les différences de principes d'action avec d'autres initiatives portées par les autorités peuvent être ténues, mais essentielles. La première différence est que l'objectif n'est pas, en premier lieu, de contrôler les coûts : c'est une démarche de gestion des risques, pas de déremboursement ou désinscription. La seconde est qu'il s'agit d'une démarche portée par les professionnels, qui n'est pas descendante reposant sur un engagement individuel et non pas sur des contrôles de la prescription ; le choix des items figurant dans les listes, s'il est transparent, revient aux professionnels. Cette méthode ascendante est en outre une garantie de pragmatisme et probablement de bonne diffusion. Enfin, « Choisir avec soin » ne formule pas de recommandations systématiques, mais encourage au contraire à prendre en compte les spécificités de chaque patient.

La campagne « Choisir avec soin » peut-elle être déployée en France ? De toute évidence, la pertinence est une préoccupation dans notre pays à l'instar, notamment, des 12 pays déjà engagés. La notion de « médecine sobre » promue par le doyen Mornex semble largement partagée au sein du corps médical. Certaines sociétés savantes, comme celle d'imagerie, sont très en avance sur la question de la juste prescription. Pour la cancérologie, avec les réunions de concertation pluridisciplinaires, des communautés professionnelles ont mis en œuvre des organisations systématiques pour définir les stratégies thérapeutiques les plus pertinentes pour chaque patient. Également, les diverses procédures qualité qui s'imposent aux professionnels, notamment à l'hôpital, font la part belle à l'évaluation des pratiques professionnelles, et la pertinence des prescriptions en constitue un sujet privilégié.

Cet environnement général peut être favorable à une démarche de grande ampleur, pour progresser sur un nombre limité mais significatif d'objectifs de juste prescription, à la condition que le *leadership* soit assuré par les professionnels, supporté par les patients, et surtout que jamais la démarche ne soit menée, à l'instar des anciennes « références médicales opposables », au détriment de la liberté de prescription et du respect du colloque singulier. 



# tribunes

## Pertinence des stratégies médicales

**Les travaux et rapports du Professeur Mornex sont souvent cités dans le cadre des propos sur la pertinence des soins. Selon lui l'origine de la dérive est due à une formation médicale trop technique et insuffisamment humaine et réfléchie.**

**René Mornex**

Professeur émérite, Doyen honoraire de la faculté de médecine de Lyon, membre de l'Académie nationale de médecine

Le 18 avril 2013, l'Académie nationale de médecine a adopté le rapport que j'avais préparé avec quelques membres de la compagnie (J. Dubouset et G. Nicolas), intitulé « *Améliorer la pertinence des stratégies médicales* » qui confirmait les travaux exécutés dans le cadre de la Fédération hospitalière de France.

Nous étions frappés par les problèmes que l'organisation des soins, tant au niveau du diagnostic que de la thérapeutique, subissait depuis quelques années avec une inflation du recours aux examens complémentaires, dont les progrès sont spectaculaires mais dont les risques s'accroissent et le coût devient excessif.

Dès la fin du xx<sup>e</sup> siècle, la notion de stratégie médicale était devenue évidente mais nécessitait des bases de référence. C'est ainsi que sont nées en 1988 l'Andem, puis l'Anaes enfin la Haute Autorité de santé (HAS) qui ont schématisé, codifié, diffusé les recommandations de bonne pratique clinique. Ces organismes ont rajouté la notion d'efficience, c'est-à-dire du rapport entre le coût financier et humain et le bénéfice. Le problème majeur est que ces travaux reposent sur une large population et que chaque cas clinique est unique, en raison de l'âge, des conditions sociales, de l'environnement technique. L'idéal est d'aboutir à une médecine sobre et personnalisée qui, dans une approche humaniste, soigne mieux et à moindre coût. Cela exige du temps pour éviter les interrogatoires bâclés et les examens cliniques sommaires.

Il faut surtout un changement de l'état d'esprit du médecin qui devrait lui être inculqué au cours des stages hospitaliers. Le médecin doit être conscient qu'il est ordon-

nateur des dépenses de santé de la nation et qu'il faut évaluer en quelle mesure un examen supplémentaire changera l'efficacité de la stratégie. Il est donc apparu qu'une des causes majeures de cette dérive est due à l'insuffisance de la formation clinique et de son évaluation.

### Les faits

Quelques grands domaines d'approches se sont dessinés.

Les bilans : la manière de les prescrire en bloc est trop imprécise (bilans hépatiques, lipidiques etc.)

L'imagerie : c'est surtout l'imagerie qui est au cœur des problèmes car elle se diversifie et est de plus en plus précise et coûteuse. Chaque technique a ses indications adaptées en fonction de l'hypothèse clinique préalable et doit être choisie par les imageurs eux-mêmes. L'échographie est un cas à part. Elle est sans danger par contre son usage abusif détecte de minimes lésions anatomiques et conduit parfois à une cascade d'autres examens et à une intervention chirurgicale (petits nodules thyroïdiens).

Le parcours de soins du malade court-circuite la logique des prises en charge. Ainsi pour les syndromes du canal carpien, la difficulté d'avoir l'avis d'un rhumatologue, un électromyogramme, fait sauter l'étape indispensable d'un traitement médical et mène directement au chirurgien.

L'oncologie accumule les risques de dérive, tant au plan du diagnostic (recherche en fin de parcours du nombre de métastases) que du traitement (choix en quatrième ligne d'une chimiothérapie coûteuse et parfois contrai-



gnante pour un gain de quelques semaines seulement de survie). Ceci se rapproche de l'acharnement thérapeutique de la fin de vie où la volonté profonde des malades n'est pas toujours prise en compte.

### Les mécanismes pervers

La diffusion de l'information disponible sur Internet, listant les propositions sans les hiérarchiser, donne une fausse impression de savoir. Ceci ne fera que croître.

La pression déontologique oblige le médecin à ne rien cacher dans son discours et dès que l'évocation du mot cancer est faite, on ne peut plus rien arrêter.

Le système de prise en charge des urgences est très bien organisé mais surévalué dans les moyens mis en œuvre (l'hélicoptère en plaine).

Le plus pervers des mécanismes est l'enchaînement des étapes. Une hésitation devant les résultats du premier examen entraîne une série d'autres. Il est très difficile de bloquer cette succession. Il est rare de trouver l'autorité suffisante pour mettre un terme à cette progression. Mais il n'y a pas de médecine sans risque, ce qui est évidemment plus difficile pour un jeune diplômé que pour un mandarin bardé de diplômes.

### Les causes

Du côté de la population, on est en présence d'une demande de rapidité et d'une exigence de précision qui ne cadre pas bien avec les problèmes médicaux. Le choix des examens dépend des résultats d'un examen préalable. « *Vitesse et précipitation ne font pas bon ménage* », ce qui entraîne une cascade d'actes médicaux et chirurgicaux inutiles.

L'autre aspect est celui de l'exigence du public : « *j'ai payé, j'y ai droit* », donc la confiance envers les professionnels est amoindrie par la pseudo-connaissance de la médecine conférée au public par Internet et par le goût immodéré de celui-ci pour la magie du chiffre et de l'image.

Enfin, la mentalité générale est que tout est possible et que la mort n'est plus considérée comme l'évolution inéluctable, ce qui conduit à un acharnement thérapeutique, souvent cruel pour le patient.

Reste le problème de l'argent. Public et privé vivent sous la même pression. Ce n'est pas un équilibre financier mais une exigence des autorités d'avoir des quotas remplis (T 2 A). De toute façon, les techniques sont privilégiées *versus* les actes intellectuels.

Mais, la principale source de dérive se situe au cours des stages hospitaliers. Il est main-

tenant difficile de trouver réunis le malade (qui est souvent en examen à l'extérieur), le senior (qui subit la chronophagie des commissions) et l'étudiant (qui est déphasé dans l'équipe). Là encore l'informatique, si utile pour avoir en temps réel tous les résultats, se substitue ou limite quelquefois le dialogue médecin-malade. Comme le disait de Vernejoul « *La médecine se résume à la rencontre d'une conscience et d'une confiance* ». C'est dans ce compagnonnage que se construisent les réflexes du futur médecin, en voyant les hésitations du senior devant le recours à des examens pointus mais peut-être superflus, le choix de thérapeutiques à la mode, qui peuvent être brillantes mais dangereuses, la décision de prolonger ou non le traitement chez un malade à bout de course.

Enfin, le *cursus* d'enseignement est divisé en spécialités successives, validées au bout de trois mois et jamais reprises avant l'examen classant. On a oublié la valeur pédagogique de l'itération. En un mot, ils n'apprennent pas la médecine mais à réussir un examen sous la tutelle d'officines non universitaires.

Tout ceci c'est la matière vivante de la médecine et elle ne s'apprend pas à l'amphithéâtre. J'ajoute que l'évaluation de la totalité du *cursus* est jalonnée de contrôles non rédactionnels et surtout presque jamais oraux. Comment, dans ces conditions, aller plus loin dans le jugement d'un étudiant qui va, au cours de ses consultations, appliquer les principes de Vernejoul.

Reste enfin le principe de précaution et le risque de judiciarisation. Cela impressionne beaucoup les jeunes médecins mais, en fait, les assurances qui modulent le montant des primes en conséquence assurent que rares sont les condamnations pour n'avoir pas fait un examen.

### Les conséquences

Les conséquences immédiates sont financières.

Les évaluations sommaires chiffrent à 10 % ce type de surcoût, mais c'est surtout la transformation d'une médecine humaniste en un travail d'ingénieur que l'on constate. Il faut noter que, quantitativement, c'est probablement davantage l'accumulation des petites dérives répétitives sur le long terme que l'excès d'actes médicaux qui sont en cause.

Mais, plus encore l'évolution de l'esprit médical perd ainsi son côté humaniste. Cela sera progressif car les étudiants d'aujourd'hui, mal formés, seront les maîtres de demain et leurs lacunes s'additionneront tandis que les conséquences néfastes se multiplieront.

Le temps est relativement court pour rompre ce cercle vicieux. Il faut impérativement repenser globalement le schéma de la formation médicale et en priorité édicter les règles d'une bonne formation clinique et la manière de l'évaluer. Cela conditionne à très long terme le retour à la qualité de la médecine française. Ce n'est pas être rétrograde que de s'efforcer de garder les valeurs en les adaptant aux progrès naturels des techniques.

### Conclusion

Tout ceci est connu (tout le monde le sait), mais il n'y a pas de débat, donc pas de contre-arguments, et malheureusement accepté (peu nombreux sont ceux qui réagissent). Toutes les prises de position sont négligées par les autorités responsables de l'enseignement et celles en charge de la santé. Toutes les alertes tombent dans le silence le plus total. Il y a peu j'ai emprunté, peut-être prétentieusement, la plume de Zola : « J'accuse » (Quotidien du médecin, jeudi 5 juin 2014 n° 9332) sans aucune réaction des autorités concernées aujourd'hui. Je conclurai sous le patronage des Princes d'Orange : « *Il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer* ». 📌



# tribunes

## Les mutuelles face à la pertinence des actes

**La somme des actes isolés n'est pas garante de la qualité des soins si ceux-ci ne s'inscrivent pas dans un parcours de santé organisé. Les mutuelles souhaitent avoir davantage de possibilités d'innover, d'expérimenter pour une plus grande efficacité dans la prise en charge, en renforçant la pertinence des soins.**

**Étienne Caniard**

Président de la Mutualité française

La mesure de la pertinence est par nature complexe parce qu'elle touche à la qualité des actes ou prestations isolés, mais aussi parce qu'elle s'inscrit dans un processus de soins et renvoie à l'ensemble des décisions médicales relatives aux choix diagnostiques et thérapeutiques. Elle peut donc être abordée sous plusieurs angles, à partir de la conformité des processus diagnostics comme des prescriptions thérapeutiques aux données de la science, ou à partir des stratégies mises en œuvre qui nécessitent une coordination des professionnels pour rendre le parcours de santé cohérent et efficient.

Derrière la notion de pertinence, il ne faut pas perdre de vue que l'enjeu premier consiste à éviter les pertes de chance pour les patients. Nous ne serons jamais égaux face à la maladie, des soins pertinents peuvent permettre de se rapprocher d'une forme d'équité par un accès aux réponses appropriées.

La perte de chance peut intervenir à tous les stades du recours aux soins. Au niveau de l'information en tout premier lieu, pour savoir où chercher et trouver la bonne information, celle qui permettra de répondre aux besoins de la manière la plus adéquate, la plus pertinente. À ce stade, les mutuelles ont un rôle à jouer, elles ont d'ailleurs mis en place de nombreux services d'accompagnement. Mais la perte de chance peut aussi intervenir au moment du diagnostic, s'il est tardif, erroné ou incomplet. De ce point de vue, un deuxième avis peut se révéler utile, mais il reste encore trop souvent l'apanage des personnes les mieux informées, ce qui

renforce les inégalités devant l'information ou plus précisément la capacité à s'informer.

Plus spectaculaire, mais heureusement peu fréquente, la perte de chance peut aussi intervenir au cours d'un traitement au moment de la mise en œuvre de la thérapeutique. Le cas des patients irradiés d'Épinal est un exemple.

### **Apprécier la pertinence de l'acte médical dans le cadre du parcours de santé**

Les conséquences économiques sont évidemment présentes, la non-pertinence étant dans l'esprit de beaucoup, d'abord synonyme de surcoûts et de gâchis économiques. Même si cet aspect est essentiel, il demeure second par rapport au risque de perte de chance. C'est le respect des bonnes pratiques, le soin adapté aux besoins du patient, le plus efficace à un moment donné qui doit rester l'objectif principal. De ce point de vue, en France, les volumes importants de prescriptions médicamenteuses et les risques d'iatrogénie qui les accompagnent, notamment chez les personnes âgées, interrogent. La politique du médicament a toujours privilégié l'approche par les prix plutôt que par la pertinence des prescriptions. Ceci est à l'origine de nombreuses dérives et même s'ils se réduisent, les écarts de consommation demeurent importants par rapport aux autres pays : la consommation française de produits de santé est encore supérieure à celle de l'Allemagne de 12 % en 2011. En 2010, la consommation moyenne par habitant a été de 48 boîtes de médicaments, soit presque une boîte par semaine. Dans 9 cas sur 10, une consultation auprès d'un médecin se termine par la

prescription de médicaments. Au Pays-Bas, seules 4 consultations sur 10 conduisent à des prescriptions.

Si l'on y ajoute l'importance des prescriptions hors autorisations de mise sur le marché (AMM) – qui nécessitent une nouvelle approche, pour éviter la banalisation de ce type de prescriptions – on mesure l'urgence d'une politique du médicament qui donne la priorité à la pertinence des prescriptions avant l'approche par les prix ou les conditionnements.

Les financeurs, régimes obligatoires comme complémentaires, ne peuvent seuls juger de la pertinence des soins. Aucun progrès ne pourra être enregistré sans un engagement et une prise de responsabilité des professionnels dans un cadre fixé par les pouvoirs publics.

Si la prise en charge des soins par la collectivité doit reposer sur une évaluation de la pertinence et de l'utilité du bien produit, elle doit aussi s'apprécier à partir de l'organisation du parcours et de la coordination entre professionnels.

Or le modèle économique actuel de notre système de soins, fondé essentiellement sur la valorisation d'actes isolés, augmente le risque de non-pertinence des soins. La rémunération du médecin ou de l'établissement hospitalier dépend principalement du nombre d'actes produits. De ce fait la tentation existe de surproduire des actes souvent inappropriés ou d'avoir un recours excessif à des examens complémentaires, voire à certains traitements. C'est par exemple le cas de la cholécystectomie<sup>1</sup> pour lithiase vésiculaire découverte fortuitement lors d'une échographie, et qui fera le plus souvent l'objet d'une intervention chirurgicale même si les manifestations cliniques de la lithiase biliaire sont asymptomatiques. Selon les recommandations professionnelles élaborées en 2009, la cholécystectomie n'a pas lieu d'être réalisée chez un patient asymptomatique. Pourtant en France en 2010, selon l'ATIH, il a été réalisé 68 561 cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës (GHM 07C14). Ce taux de recours a fait l'objet au cours des quatre dernières années d'une évolution dynamique de 8,7 % alors que la même année, 37 499 cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affection aiguë (GHM 07C13) ont été réalisées et que le taux de recours moyen est constant au cours

des quatre années étudiées. Les exemples de ce type sont hélas trop nombreux<sup>2</sup>.

Finalement, le débat est le même qu'en 1927 lors de l'élaboration de la charte de la médecine libérale fondée sur la liberté de prescription, la liberté de choix, la liberté d'installation, la liberté d'honoraires... partant du principe que cette liberté était garante d'une bonne qualité des soins pour les patients. Or aujourd'hui, chacun reconnaît que ce n'est pas la somme d'actes isolés, même de bonne qualité, mais bien l'organisation du parcours de santé qui est essentielle. Cela ne peut se réaliser que par des accords entre acteurs pour organiser le parcours et adapter la rémunération. On ne peut apprécier la valeur d'un acte pris isolément, il faut tenir compte de sa place dans un parcours pour juger de sa pertinence.

#### Face à ces constats quel peut être le rôle des mutuelles ?

La réponse n'est pas la même pour tous les aspects de la pertinence des soins. Très tôt les mutuelles ont offert à leurs adhérents des services pour les aider à se repérer dans le système de soins. Le dernier en date, « *Priorité Santé Mutualiste* » agrège les données publiques disponibles sur les établissements pour aider les adhérents à trouver le bon professionnel au bon endroit, au bon moment.

Pour d'autres aspects de la pertinence des soins, les mutuelles soutiennent, participent souvent aux actions permettant d'éviter les soins non pertinents... mais ces actions sont surtout à la main de l'assurance maladie obligatoire et des pouvoirs publics. La détermination de la pertinence d'un acte dépend d'abord des professionnels de santé, des sociétés savantes et de la Haute Autorité de santé. Mais lorsque les critères de la pertinence d'un acte sont définis, les mutuelles devraient pouvoir disposer des informations permettant d'en tenir compte. Ce n'est toujours pas le cas aujourd'hui.

Les mutuelles peuvent cependant contribuer à promouvoir le bon soin, au bon moment, au juste prix, notamment par l'approche préventive dans le parcours de santé des patients, afin d'éviter ou de retarder l'apparition de la maladie ou son aggravation. La réflexion sur la construction d'un parcours

2. Deux groupes homogènes de malades (GHM) traitent des cholécystectomies. L'un hors aiguë et l'autre en situation aiguë. De nombreuses cholécystectomies sont faites en dehors de toute affection aiguë alors que cette opération n'est pas recommandée s'il n'y a pas de symptomatologie.

de prévention dentaire, visant à développer les actions et les prestations de prévention pour éviter ou retarder les soins prothétiques, est à ce titre intéressante.

Au travers du projet de loi de santé, l'accès aux données de santé devrait être amélioré. Serait-ce suffisant pour que les mutuelles puissent améliorer leurs possibilités d'actions? Rien ne permet d'en être assuré.

Les données de santé anonymisées (remboursements des soins, séjours hospitaliers, données des établissements pour personnes handicapées, causes de décès...) doivent être accessibles aux mutuelles pour leur permettre de réaliser des analyses sur le fonctionnement du système de soins, construire des parcours de soins pour leurs adhérents, développer la prévention et l'accompagnement et proposer de nouveaux services.

C'est ainsi la possibilité d'innover, d'expérimenter pour une plus grande efficacité dans la prise en charge en renforçant la pertinence des soins, qui sera donnée aux mutuelles. C'est ce que la Mutualité recherche à travers ses politiques de conventionnement ou son système d'aide à l'orientation basé sur des critères de qualité et de prix construits à partir de ses données. L'ambition est de pouvoir aller plus loin et de rechercher une alliance avec les professionnels autour de la promotion de la pertinence des soins. Il faut sortir d'une logique limitée à la seule solvabilisation des actes, car la prise en charge financière aveugle peut contribuer à encourager la non-pertinence des pratiques. Rembourser sans savoir, c'est fermer les yeux sur toutes les pratiques inutiles voire dangereuses. C'est aussi contribuer à l'augmentation des prix et donc à l'exclusion des soins.

La mise en place de réseaux dans le domaine de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse précisément parce qu'ils dépassent la seule approche par les prix contribue à améliorer la qualité des prises en charge. C'est ce qu'attendent les patients.

La lutte pour la pertinence des soins passe aussi par la non prise en charge d'actes, prestations ou produits dont l'utilité n'est pas démontrée ou qui sont aujourd'hui dépassés.

On ne peut promouvoir les soins pertinents sans évoquer la contribution apportée par les nouvelles technologies. Il en est ainsi de la télémédecine qui représente un facteur d'amélioration importante pour la qualité et l'accès aux soins. Les consultations de télémédecine, développées notamment dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées

1. Acte chirurgical consistant à enlever la vésicule biliaire.




## Pertinence des soins et variations des pratiques médicales

dépendantes (Ehpad) mutualistes, répondent à un cahier des charges strict. Elles permettent de donner accès sans se déplacer à des spécialistes autrefois difficiles à consulter. Ainsi, ce sont les cardiologues, les dermatologues, les gériatres, les psychiatres qui deviennent accessibles dans les zones de faible densité médicale et dans des conditions de confort maximal pour le patient. Au-delà de la télé-médecine, on voit bien que les nouvelles

techniques vont permettre de rendre les soins et leur pertinence plus performants et également accroître l'information sur cette pertinence, tant vers les professionnels que vers les patients.

On le voit, la chasse aux soins non pertinents requiert d'agir sur de nombreux leviers et suppose un engagement des acteurs. Elle implique aussi de se placer dans le moyen ou long terme pour éviter la tentation d'un

arbitrage au profit de prix contraints... dont l'effet est très vite annulé par une compensation en volume... souvent synonyme de non pertinence. C'est finalement l'engagement des acteurs tous ensemble autour d'objectifs définis par les pouvoirs publics qui permettra de progresser, aucun ne peut y parvenir seul, la Mutualité pas plus qu'un autre. 

# Réflexions et propositions de la Fédération hospitalière de France

**La Fédération hospitalière de France a très tôt travaillé sur la pertinence des actes de soins. Elle a impulsé ou participé activement aux travaux concernant à la fois les actes inutiles et la pertinence des soins délivrés.**

**René Caillet**  
Directeur d'hôpital, responsable du Pôle Organisation sanitaire et médico-sociale de la FHF

La Fédération hospitalière de France s'est emparée en 2009 du thème de la pertinence des actes, afin de donner une alternative argumentée à la maîtrise comptable des dépenses de santé qui a fait la preuve de son peu d'efficacité et surtout de ses mauvais effets psychologiques. La seule voie possible étant de faire mieux, de délivrer le juste soin, cela étant moins coûteux que faire plus.

L'objectif de la FHF est d'inscrire l'ensemble des acteurs du système de soins, tant du secteur public que du privé, dans une optique d'appropriation des acteurs médicaux et soignants, pour répondre aux contraintes budgétaires incontournables sans nuire à la qualité.

De fait, les observateurs s'accordent à dire que le rapport Mornex de 2010<sup>1</sup> a permis de « faire bouger les lignes » : parlementaires et pouvoirs publics ont rejoint la FHF suite aux préconisations de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale<sup>2</sup>. Les programmes de travail de la Haute Autorité de santé et de la Caisse nationale d'assurance maladie ont été diligentés à partir de 2011, et ce sont aujourd'hui 33 actes qui sont ciblés.

Depuis lors, cette notion de pertinence s'est élargie, passant de la pertinence des actes à celle de pertinence des soins, interrogeant les organisations et les modalités de l'hospitalisation. Nous aborderons successivement les deux axes.

1. Rapport sur la *Pertinence des actes médicaux* remis par le Doyen René Mornex au conseil d'administration de la FHF présidé alors par Jean Leonetti, septembre 2010.  
2. Ministère de la santé, DGOS. *Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins*, décembre 2012.

## Premier axe : agir sur les actes inutiles

L'étude de la FHF a mis en exergue le fait que plus du quart des actes médicaux pourraient être inutiles<sup>3</sup>.

Dans certains cas, il pouvait s'agir de recommandations de bonnes pratiques non respectées. Il en allait ainsi des radiographies du crâne, une partie des cholécystectomies<sup>4</sup>, mais aussi d'examens de dépistage systématique, tels la mammographie pour le dépistage du cancer du sein après 75 ans, ou encore le dosage de PSA<sup>5</sup> indiqué jusqu'à 74 ans.

Le cas de l'adénoïdectomie (ablation des végétations) était également significatif : il y avait en France 20 000 cas en 2009, alors qu'on ne réalisait que 15 000 interventions aux États-Unis en 1987... L'étude suggérait l'existence de mécanismes de compensation dans certaines spécialités médicales, tentées de compléter les activités purement cliniques longues et mal rémunérées par le recours à des machines et aux actes associés.

D'autres situations étaient plus difficiles à analyser, telles les césariennes, la chirurgie de la cataracte, les appendicectomies ou la

3. Selon une enquête menée par la FHF, les médecins estiment qu'environ 28 % des actes médicaux ne sont pas « pleinement justifiés ». Les praticiens sondés expliquent ce phénomène principalement par la demande des patients et la peur du risque judiciaire, mais aussi par les insuffisances de la formation initiale, l'absence de référentiels et de contrôle des pratiques et par les incitations économiques. « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés », sondage réalisé auprès de 803 médecins hospitaliers et libéraux et publié le 4 juillet 2012.

4. Acte chirurgical consistant à enlever la vésicule biliaire  
5. Prostate Specific Antigène : Dosage biologique marqueur des affections prostatiques et, notamment, des cancers de la prostate.



décompression du canal carpien. En ce qui concerne la coronarographie/angioplastie<sup>6</sup>, la très grande disparité de l'offre sur le territoire interroge.

Compte tenu de l'ampleur des thèmes à explorer, la FHF ne peut que se féliciter que le groupe qui travaille sur le programme national pertinence ait repris ces travaux, qui font désormais l'objet d'un plan d'actions national, décliné région par région.

### Deuxième axe : agir sur la pertinence de l'offre de soins

Au-delà de la pertinence des actes, il convient d'aborder la question de la pertinence des soins délivrés : il s'agit à la fois de promouvoir l'accès pour tous à des soins de qualité, d'éviter traitements ou actes porteurs de risques pour les patients, et d'allouer les ressources sur des soins qui présentent un réel bénéfice pour la population : utilisation des différents niveaux de plateaux techniques (hospitalisation, hospitalisation à domicile, soins ambulatoires), mais aussi des ressources humaines, ce qui renvoie aux problèmes de démographie des professions de santé.

À cet égard, la FHF est particulièrement attentive aux actions menées par les agences régionales de santé dans le cadre d'un groupe de travail incluant la DGOS, la Cnam et la HAS visant à définir une méthodologie permettant de repérer les actes non pertinents et agir en conséquence auprès des établissements de santé. Cette démarche va être renforcée par la création sur l'ensemble du territoire d'observatoires de la qualité et de la pertinence des soins, un décret en Conseil d'État, pris en application de l'article 58 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2015, instituant les plans pluriannuels régionaux de la pertinence.

S'agissant de pertinence des soins hospi-

6. Prolongeant les études entreprises dans le champ de la pertinence des soins, la FHF a publié en janvier 2015 une étude de pertinence sur les angioplasties coronaires, innovation médicale majeure. Elles améliorent considérablement le pronostic de l'infarctus du myocarde et le préviennent dans les situations de sténose. Alors que le nombre de séjours (MCO) augmentait de 30 % entre 2000 et 2015, celui des angioplasties avec pose d'endoprothèses vasculaires est multiplié par 5 entre 2000 et 2014. La Haute Autorité de santé, en juillet 2013, soulignait que : « [...] Ces variations du taux de recours à l'hospitalisation pour poses d'endoprothèses vasculaires amènent à s'interroger sur la pertinence de celles-ci sans préjuger d'un sur ou sous recours à la pose d'endoprothèse vasculaire sans infarctus ». Les constats statistiques posés par cette étude conduisent à s'interroger sur la possibilité d'une induction de l'offre sur la demande.

taliers, plusieurs thématiques doivent être abordées : le recours aux urgences hospitalières, le parcours de soins et le « virage ambulatoire ».

### La question du recours aux urgences dépasse de loin la question de la pertinence des soins

Les urgences hospitalières jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de soins non programmés, à laquelle la médecine de ville n'apporte pas de réponse satisfaisante. Cette situation met sous tension persistante les organisations et les équipes hospitalières. Il est évidemment nécessaire d'améliorer l'efficacité du dispositif par une articulation plus étroite entre médecine de ville et hôpital, une meilleure régulation. Mais la mise en place d'un numéro d'appel unique pour les consultations hors urgence vitale, le développement des maisons médicales de garde éventuellement attenantes aux hôpitaux ne régleront pas tout : tant que les questions des « déserts médicaux » et de la participation effective de la médecine libérale à la permanence des soins ne seront pas réglées, l'hôpital public ne pourra que se résoudre à poursuivre le développement d'activité de soins primaires.

### Le parcours de soins

L'un des points clé de la réponse à l'attente légitime d'évolution de notre système de santé vers un dispositif coordonné de type parcours du patient est, comme le prévoit l'article 27 du projet de loi de modernisation du système de santé, de former des groupements hospitaliers de territoires fondés sur des projets médicaux partagés et de mutualiser les plateaux techniques. Dans ce contexte, la querelle entre hospitalisations publique et privée doit dépasser les postures pour encourager les coopérations territoriales entre les professionnels libéraux et les établissements publics et privés, coopérations qui fonctionnent sur le terrain et montrent la complémentarité des secteurs.

### Le « virage ambulatoire »

Il convient de souligner que l'hôpital public progresse vers les objectifs fixés par les pouvoirs publics. En particulier, le cap des 50 % de chirurgie ambulatoire est en vue, ce qui traduit un changement d'organisation majeur en quelques années. Ceci étant, on ne saurait passer sous silence le fait que l'hôpital est un amortisseur des dysfonctionnements de notre système de santé, ce qui limite sa capacité à optimiser ses organisations. La FHF a ainsi démontré que l'objectif de 80 % de chirurgie

ambulatoire était illusoire, tout comme le chiffre de cinq milliards d'économies qui lui était associé : n'en déplaise aux passionnés de tableur Excel et de règles de trois, la santé est d'abord une activité humaine !

### Ces quelques réflexions permettent d'étayer quelques points clé


D'abord, la pertinence des soins est en marche et la FHF ne peut que se réjouir d'avoir déclenché ce mouvement. Toutefois, les travaux de la HAS ne vont pas jusqu'aux références médicales opposables et la FHF ne souhaite pas voir se renforcer la logique des contrôles : pour critiquer l'attitude de tel ou tel responsable médical, l'évaluateur doit être d'un niveau de formation ou de responsabilité comparable.

C'est dans cet esprit de montée en charge des exigences par les pairs eux-mêmes que la FHF a décidé en 2015 de promouvoir la campagne « Choisir avec soin », présentée par ailleurs dans ce numéro (lire. p. 46)

Il faut aussi poursuivre le travail d'information et d'éducation du public. La campagne menée sur le bon usage des antibiotiques est un bon exemple d'une certaine efficacité.

De même, les banques de données médicales et les multiples études doivent être accessibles et analysables. C'est en particulier un des enjeux de l'article 47 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Il demeure que la formation du médecin doit encore et toujours être renforcée dans ce domaine médico-économique. Le compagnonnage seul peut faire entrer cette culture dans l'esprit et dans la pratique de cette dynamique intellectuelle, car la décision médicale est un acte singulier. Ce sujet est décisif pour l'avenir.

Enfin, il convient d'être prudent dans les restructurations : en ces temps de crise, l'hôpital apparaît comme un amortisseur social et la fermeture de lits, en particulier de médecine, reste un choix dont le bien-fondé reste à démontrer. L'expérience des crises sanitaires récentes montre combien l'hôpital est vite en tension à cet égard. Il en va de même en ce qui concerne les urgences, dans lesquelles l'hôpital apparaît comme la structure d'ajustement ultime des dysfonctionnements de notre système de santé. Plus que jamais au moment où les nécessités macro-économiques poussent les décideurs à des logiques centralisatrices, penser les solutions au plan local, avec les collectivités territoriales et donc au plus près des besoins réels de la population, demeure la voie la plus... pertinente! 

# Point de vue d'un collectif d'associations d'usagers en périnatalité

**Le Ciane est un collectif constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Il a pour ambition de faire évoluer les attitudes et les pratiques pour les rendre plus respectueuses des personnes et de la physiologie de l'accouchement.**

**Anne Evrard**

Bien Naître/Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane)

L'approche de la pertinence des soins par les usagers et les associations qui les représentent ne recouvre qu'en partie la perception de ce concept par les professionnels de santé, comme nous le constatons souvent dans nos contacts avec les soignants. En effet, entre en jeu non seulement la pertinence médicale des actes mais aussi leur adéquation au vécu et aux aspirations des femmes et des couples, souvent envisagés différemment par les patients et par les soignants.

Nous développerons ici des pistes de réflexion dans le domaine spécifique de la périnatalité, champ d'intervention de nos associations et de notre collectif.

## **La grossesse a priori considérée à risque**

La périnatalité a ceci de particulier que la maternité n'est en rien une pathologie. La grossesse et l'accouchement sont, dans les pays développés, surveillés et accompagnés par la médecine. L'objectif poursuivi est de prévenir l'apparition d'une pathologie ou de limiter ses effets sur le déroulement d'un processus naturel mais pas forcément dénué de risque. Ces risques sont variables d'une femme à l'autre, aussi une approche individualisée est-elle la première marche vers des soins pertinents en périnatalité.

Or, particulièrement en France, la femme enceinte a été, ou est encore, le plus souvent considérée comme « de toute façon » à risque, à l'inverse d'autres pays où l'évaluation se fait par une analyse poussée de la situation spécifique à chaque patiente dès le début de la grossesse. Ce qui permet de définir les femmes, et donc les grossesses, considérées ou non à bas risque. Cela est couplé à des parcours de

suivi différenciés selon les niveaux de risque et les éventuelles pathologies déjà repérées chez la mère. La notion de femmes et grossesses à bas risque est en parallèle largement diffusée, accompagnée de propositions adaptées : suivi préférentiellement par une sage-femme, accouchement accompagné d'une médicalisation raisonnée et respectueuse du processus physiologique, approche préventive visant à maintenir la bonne santé de la mère et du bébé et la qualité de leur lien.

Les soignants ont élaboré des référentiels d'indicateurs jugés pertinents pour approcher au plus près la situation de leur patiente. Mais ces éléments ne tiennent que peu compte de la façon dont la femme aborde sa grossesse, ses préoccupations globales dans le quotidien et pour son avenir, ses désirs pour son suivi de grossesse, son accouchement et l'accueil de son bébé. Elle est encore peu encouragée à aborder ce qui peut être pour elle facteur de stress et d'angoisse et à l'inverse, les ressources sur lesquelles elle peut s'appuyer. On risque ainsi de négliger l'impact sur sa santé et sur le déroulement de la grossesse de ses antécédents personnels, entre autres obstétricaux, et d'éléments non médicaux. Favoriser l'expression des patientes améliorera leur expérience, favorisera la valorisation de leurs compétences et permettra sans doute de mieux prévenir certaines pathologies, comme celles liées entre autres au stress.

Délaissant certains facteurs de risque, l'approche française a aussi longtemps considéré avec une immense réticence la notion de « bas risque » ou de « grossesse normale » : la femme enceinte était considérée par les professionnels de l'obstétrique comme une



grenade dégoupillée, toujours prête à faire exploser sa possible pathologie à la face des soignants. Cela a conduit à appliquer au suivi standard de la grossesse, de l'accouchement et du *post-partum* des méthodes souvent interventionnistes, avant tout ajustées aux situations de risque, mais dont on n'avait pas mesuré l'impact ni la possible iatrogénie sur les femmes à bas risque.

### Des pratiques remises en cause par les réflexions conjointes de soignants et d'usagers

L'irruption de la pathologie a été pendant longtemps pour bien des soignants la confirmation que le risque était toujours strictement imprévisible et qu'il ne fallait rien lâcher des standards en cours. Pendant des années, il y eut peu de remises en cause des pratiques et peu d'analyses de leurs effets potentiellement iatrogènes. La définition de la pertinence des soins en fut tronquée. Notons que le vécu de l'accouchement par la femme et les conséquences de celui-ci sur son état physique et psychique n'étaient guère interrogés si les professionnels jugeaient que « médicalement », la mère et l'enfant allaient bien. C'est la combinaison entre les réflexions de soignants novateurs et l'action d'associations d'usagers, entre autres regroupées au sein du Ciane, qui a permis l'émergence d'une réflexion différente dont les effets commencent à imprimer un nouveau paysage au sein de l'obstétrique française.

Ainsi a-t-on vu remise en cause la sacrosainte épisiotomie, jugée pendant quelques décennies, quasi indispensable à la préservation du périnée, alors que dans bien des pays, son utilisation avait été considérablement limitée car on en connaissait les effets secondaires délétères. Progressivement, ce qui semblait incontournable et nous avait été présenté comme absolument pertinent (la perfusion systématique, le monitoring permanent, l'immobilité pendant le travail, la rupture de la poche des eaux, le décubitus dorsal...) est analysé sous l'angle de son utilité selon les différents niveaux de risque. Certains professionnels commencent ainsi à signaler que bien des actes sont inutiles voire iatrogènes pour le bas risque. Le syntocinon<sup>1</sup> lui-même, utilisé *largamano* pendant le travail, s'est vu remis en cause par les travaux de l'Inserm sur les hémorragies du *post-partum* (HPP), montrant que son usage multipliait de près de 2 à près de 6 le risque d'HPP. Nous pourrions aussi étendre cette comparaison à la prise en charge

des nouveau-nés prématurés, où les soins de développement ont par exemple modifié radicalement l'approche de la prise en charge.

### Mieux prendre en compte les souhaits des femmes et des familles


Or pendant longtemps, les femmes refusant certains gestes et techniques pour la naissance de leur bébé, ou certains examens de suivi de grossesse, étaient fort mal reçues. Les professionnels de périnatalité estimaient que les parents remettaient abusivement en cause des pratiques ayant, selon leurs seuls critères, fait leurs preuves. Et cela au nom du savoir médical, seul à même de définir les soins pertinents pour un suivi de grossesse et pour l'accouchement... Mais ce savoir peut être imparfait, incomplet, en marche vers d'autres références et d'autres connaissances. Pourtant, on aborde somme toute assez rarement la subjectivité professionnelle, subjectivité censée n'exister que chez le patient, alors que les soignants seraient eux dans une rigoureuse objectivité. Les évolutions en périnatalité laissent pourtant penser que la parole des patients est porteuse d'éléments susceptibles de compléter utilement la démarche des soignants et d'enrichir leurs pratiques.

De plus dans le cadre de la loi dite Kouchner, comment ne pas intégrer le consentement éclairé dans les critères de pertinence des soins? Un soin est alors pertinent s'il est en accord avec les dernières avancées de la science et de l'*Evidence Base Medicine* mais aussi, et sans qu'il y ait de hiérarchie entre les deux, s'il est validé par l'accord du patient. En obstétrique, les choix de la femme enceinte ont trop longtemps été considérés comme risqués, irrationnels, voire irresponsables. Il faut au contraire aujourd'hui insister sur la nécessaire adéquation entre le parcours de soins, les pratiques professionnelles et les choix de la femme et du couple. Car la maternité, avant d'être un processus médical, est un cheminement intime, conjugal, familial. On peut alors entrer violemment en conflit avec les aspirations et les valeurs propres aux parents sous couvert d'un parcours de soins rationnel au regard exclusif des soignants.

Nous vivons directement, au contact des parents qui s'adressent à nos associations, l'impact délétère sur la santé maternelle et sur le lien mère-enfant, de pratiques non respectueuses. Notre dossier « *Sortie de maternité et bien-être des femmes* »<sup>2</sup> de novembre 2012

a clairement montré le lien entre l'état psychique et émotionnel de la mère au retour à la maison et le vécu de son accouchement et de son séjour, tant sur le plan physique que psychologique. On constate pourtant qu'encore peu de liens sont faits entre le vécu maternel du suivi de grossesse, de l'accouchement et des suites de couches et sa santé globale. On ignore trop souvent l'impact de certains événements extrêmement perturbants, comme les périodes de dépistage et diagnostic anténatal par exemple, à partir du moment où selon les critères professionnels, la situation est normale (résultats rassurants sur la santé du bébé, pas de pathologie maternelle...). Les soins et l'accompagnement ne peuvent pourtant être pertinents si l'on ne part pas de ce que vit le patient et de ce qu'il a à en dire.

Il est bon de souligner aussi que, dans l'organisation actuelle du suivi de grossesse, l'élaboration par les parents de leur projet de naissance et d'accueil de leur bébé est encore peu mise en valeur. Peu encouragés à réfléchir à ce qui est important pour eux, les parents acceptent souvent les scénarios standards des maternités et c'est *a posteriori* qu'ils comprennent, parfois douloureusement, que cela ne correspondait pas toujours à leurs besoins. Il serait donc crucial de favoriser la réflexion et l'expression des attentes non seulement pendant la grossesse, mais aussi dans le *post-partum*, afin de permettre à la mère et au couple de revenir sur les événements, les soins et les attitudes des soignants tant positives que négatives. Et ainsi d'ajuster l'accompagnement et le suivi en fonction de ce qui a du sens pour les parents. Notons que l'entretien prénatal de grossesse, le souci de la continuité dans le lien aux professionnels, en limitant la multiplicité des intervenants, favorisent cette démarche.

La pertinence des soins en périnatalité a donc comme indispensable préalable l'établissement d'un partenariat entre les soignants et les femmes enceintes. On ne peut l'obtenir en ne tablant que sur le savoir médical, dont on a souligné les limites. Intégrer comme indispensables à la réflexion, les valeurs, les aspirations et les choix des femmes et des couples doit donc être aussi incontournable que l'exigence d'accord avec les meilleures pratiques professionnelles. 

1. Médicament utilisé en cas de contractions insuffisantes.

2. <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>



## Bibliographie générale

1. Anaes. *Chemin clinique : une méthode d'amélioration de la qualité*. Paris, HAS 2004.
2. Barbadoro P. et al. « Caesarean Delivery in South Italy: Women Without Choice. A Cross Sectional Survey ». *PLoS One*, 2012 Vol. 7, n° 9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444483/>
3. Bekmezian A., Fee C., Weber E. « Clinical pathway improves pediatric asthma management in the emergency department and reduces admissions ». *Journal of Asthma* 2015 ; 52 : 806-14. DOI : 10.3109/02770903.2015.1019086
4. Berwick D.M. « Controlling variation in healthcare : A consultation from Walter Shewhart ». *Medical Care*, 1991, 29 (12), 1212-1225.
5. Berwick D.M., Hackbarth A.D. « Eliminating waste in US health care ». *JAMA* 2012 ; 307 (14) : 1513-6.
6. Blondel B., Lelong N. et al. « La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. » *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris) 2012, 41 (2) : 151-166.
7. Bond M., Pavey T., Welch K. et al. « Psychological Consequences of False-positive Screening Mammograms in the UK ». *Evid Based Med*. 2013 ; 18:54-61.
8. Bruyas A., Freyer G., Trillet-Lenoir V. « Le parcours de soins en cancérologie ». *Risques et Qualité* 2015 ; 12 :45-7.
9. Canadian Institute for Health Information. *Health Indicators 2008*. Canadian Institute for Health Information Ottawa, 2008, [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HealthIndicators2008\\_ENGweb.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HealthIndicators2008_ENGweb.pdf)
10. Canadian Institute for Health Information. *Hip and Knee Replacement in Canada 2008-2009 Annual Report*. Canadian Institute for Health Information, Ottawa, Canada, 2009.
11. Chaillet N., Dumont A. « Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. » *Birth* 2007, 34 (1) : 53-64.
12. Chan P, Patel M. R., Klein L. W., Krone R. J., Dehmer G. J., Kennedy K. et al. « Appropriateness of Percutaneous Coronary Intervention ». *JAMA*, 2011, 6 juillet, 53-61.
13. Coulm B., Blondel B., Alexander S., Boulvain M., Le Ray C. « Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database ». *Acta Obstet Gynecol Scand*, septembre 2014, 93 (9).
14. Daien V., Le Pape A., Heve D., Carriere I., Villain M. « Incidence and Characteristics of Cataract Surgery in France from 2009 to 2012: A National Population Study ». *Ophthalmology*. 2015 ; 122 (8) : 1633-1638. doi : 10.1016/j.ophtha.2015.04.017.
15. Daien V., Le Pape A., Heve D., Carriere I., Villain M. « Incidence, risk factors and impact of age on retinal detachment following cataract surgery in France : a national population study ». *Ophthalmology*. Sous presse.
16. Daley J. *Obama singles out Intermountain Healthcare as model system*. 2009, 10 septembre, récupéré sur KSL. com : <http://www.ksl.com/?nid=148&sid=7873613>
17. Direction générale de l'Offre de soins. *Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins*. Paris, ministère de la Santé, 2012.
18. Duchêne A., Marty M. « Épidémiologie de l'appendicectomie en France ». *e-mémoires de l'Académie nationale de chirurgie*, 2012, 11 (4), 095-099.
19. *Effective Care: A Dartmouth Atlas Project Topic Brief*. Center for the Evaluative Clinical Sciences, Lebanon US 2007 [http://www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/effective\\_care.pdf](http://www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/effective_care.pdf)
20. Fisher E.S., Welch H.G. « Avoiding the Unintended Consequences of Growth in Medical Care: How Might More Be Worse? » *JAMA*. 1999 ; 281 : 446-453.
21. Fisher E.S., Wennberg J.E., Stukel T.A., Skinner J.S., Sharp S.M., Freeman J.L., Gittelsohn A.M. « Associations Among Hospital Capacity, Utilization, and Mortality of U.S. Medicare Beneficiaries, Controlling for Sociodemographic Factors ». *Health Services Research*, 2000, vol. 34, n°6, p. 1351-1362.
22. Friling E., Lundström M., Stenevi U., Montan P. « Six-year incidence of endophthalmitis after cataract surgery: Swedish national study ». *J Cataract Refract Surg*. 2013 ; 39 (1) : 15-21. doi : 10.1016/j.jcrs.2012.10.037.
23. Fédération hospitalière de France. « Étude sur les césariennes ». FHF, Paris, 2008.
24. Gertman P.M., Restuccia J.D. « The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care ». *Med Care* 1981 ; 19 (8) : 855-71.
25. Godlee F. « Too much medicine (éditorial) ». *BMJ* 2013 ; 346 : f1328
26. Haddad W.M., Monin C., Morel C., et al. « Retinal detachment after phacoemulsification : a study of 114 cases ». *Am J Ophthalmol*. 2002 ; 133 (5) : 630-638.
27. Haute Autorité de santé. *Revue de Pertinence des soins, application aux admissions et aux journées d'hospitalisation*. Novembre 2004.
28. Jamoulle M. « Quaternary prevention, an answer of family doctors to over-medicalization ». *Int J Health Policy Manag* 2015, 4 (2), 61-64.
29. Jamtvedt G., Young J. M., et al. « Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. » *Cochrane Database*, 2003, SystRev (3) : CD000259.
30. Kinsman L., Rotter T., James E., Snow P., Willis J. « What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate ». *BMC Medicine* 2010, 8:31. doi : 10.1186/1741-7015-8-31
31. Klein B.E.K., Howard K.P., Lee K.E., Iyengar S.K., Sivakumaran T.A., Klein R. « The relationship of cataract and cataract extraction to age-related macular degeneration: the Beaver Dam Eye Study ». *Ophthalmology*. 2012 ; 119 (8) : 1628-1633. doi : 10.1016/j.ophtha.2012.01.050



### Bibliographie générale (suite)

32. Kringos D.S., Sunol R., Wagner C., Mannion R., Michel P., Klazinga N.S., Groene O. « On behalf of the DUQuE Consortium. The influence of context on the effectiveness of hospital quality improvement strategies: a meta-review of the literature ». *BMC Health Services Research* 2015 ; 15 : 277 doi : 10.1186/s12913-015-0906-0
33. Lau B.H., Lafave M.R., Mohtadi N.G., Butterwick D.J. « Utilization and cost of a new model of care for managing acute knee injuries: the Calgary acute knee injury clinic ». *MC Health Services Research* 2012 ; 12 : 445-53.
34. Levinson W., Kallewaard M., Bhatia S., Wolfson D., Shortt S., Kerr E. « "Choosing wisely": A growing international campaign ». *BMJ Qual Saf* doi : 10.1136/bmjqs-2014-003821.
35. Mack J.W., Weeks J.C., Wright A.A., Block S.D., Prigerson H.G. « End-of-life Discussions, Goal Attainment and Distress at the End of Life : Predictors and Outcomes of Receipt of Care Consistent with Preferences ». *J Clin Oncol.* 2010 ; 28 : 1203-1208.
36. Majeed A., Bardsley M., Morgan D. et al. « Cross Sectional Study of Primary Care Groups in London : Association of Measures of Socioeconomic and Health Status with Hospital Admission Rates ». *British Medical Journal*, 2000, vol. 312, p. 1057-1060.
37. McGlynn E.A., Asch S.M., Adams J., Keeseey J., Hicks J., DeCristofaro A., Kerr E.A. « The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States ». *N Engl J Med.* 2003 juin 26 ; 348 (26) : 2635-45
38. Michel P., Quenon J.L., Djihoud A., Tricaud-Vialle S., de Sarasqueta A.M. « A French National Survey of Inpatient's Adverse Events Prospectively Assessed with Ward Staff ». *Qual Saf Health Care* 2007 ; 16 : 369-77.
39. Milcent C., Rochut J. « Hospital Payment System and Medical Practice: The Cesarean Section in France ». *Revue Économique*, 2009, Vol. 60, n° 2, p. 489-506
40. Mornex R. *Améliorer la pertinence des stratégies médicales*. Rapport à l'Académie nationale de médecine, 8 avril 2013.
41. Márquez-Calderón S. et al. « Frecuencia de la cesárea en Andalucía - Relación con factores sociales, clínicos y de los servicios sanitarios (2007-2009) ». *Revista Española de Salud Pública*, 2011, vol. 85, p. 205-215.
42. OCDE. *Geographic Variations in Health Care : What Do We Know and What Can Be Done to Improve*. OECD Publishing, 2014.
43. Office fédéral de la santé publique. *Accouchements par césarienne en Suisse*. Rapport en réponse au postulat Maury Pasquier (08.3935), Office fédéral de la santé publique, Bern, 2013.
44. Or Z., Verboox D. « La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies ». *Document de travail Irdes*, n° 59, 2014/04.
45. Pearson S.D., Goulart-Fisher D., Lee T.H. « Critical Pathways as a Strategy for Improving Care: Problems and Potential ». *Ann Intern Med.* 1995 ; 123 : 941-948.
46. Pettie J.M., Dow M.A., Sandilands E.A., Thanacoody H.K., Bateman D.N. « An integrated care pathway improves the management of paracetamol poisoning ». *Emerg Med J* 2012 ; 29 : 6 482-486 Published Online First : 11 May 2011
47. Reime B., Klein M. C., et al., (2004), « Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? » *BJOG*, 2004, 111 (12) : 1388-1393.
48. Rotter T., Kinsman L., James E.L., Machotta A., Gothe H., Willis J., Snow P., Kugler J. « Clinical pathways : effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs ». *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No. : CD006632. DOI : 10.1002/14651858.CD006632.pub2
49. Schrijvers G., van Hoorn A., Huiskes N. « The care pathway : concepts and theories : an introduction ». *International Journal of Integrated Care*, 2012 ; 12 (Spec Ed Integrated Care Pathways) : e192.
50. Skinner J. « Causes and consequences of regional variations in health care » in Pauly M. V., McGuire T. G., Barros P. P. (eds). *Handbook of Health Economics*. Oxford, North-Holland, 2012, volume 2, p. 45-95
51. Somme D., Cauterman M., Durand Gasselien B., Huet B., Saint-Jean O. « Inappropriateness of hospital use in two acute geriatrics departments : description of the phenomenon and analysis of risk factors ». *Rev Med Interne*, 2007 Dec ; 28 (12) : 818-24.
52. Tan W. M., Klein M. C., et al. « How do physicians and midwives manage the third stage of labor? » *Birth*, 2008, 35 (3) : 220-229.
53. Vilain A., Blondel B., Lelong N. « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale ». *Études et Résultats*, octobre 2011, Drees, n° 775.
54. Wennberg J. *Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care*. Oxford University Press, 2010.
55. Wennberg J., Fischer E.S., Skinner J.S., et al. « Geography and the debate over Medicare reform ». *Health Affairs*, 2002, Suppl Web exclusive, W96-114.
56. Wennberg J., Gittelsohn J. « Small area variations in health care delivery ». *Science*. 1973 ; 182 : 1102-8.
57. Yonekawa Y., Kim I.K. « Pseudophakic cystoid macular edema ». *Curr Opin Ophthalmol.* 2012 ; 23 (1) : 26-32. doi : 10.1097/ICU.0b013e32834cd5f8.