



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

La 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*¹.

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*¹ 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)