



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 Fouchar

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 maladie¹ (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 santé².

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 santé¹.

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 santé².

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, ScanSanté³.

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 santé⁴.

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 recours⁵.

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^e 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 donnée⁶.

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
2. www.atih.sante.fr/pertinence-des-soins-ciblage-dactivites-mco-2010
3. www.scansante.fr
4. www.scansante.fr/applications/taux-de-recours
5. www.scansante.fr/sites/default/files/content/68/notice_taux_recours_mco.pdf
6. 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. 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 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 Beloel
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. 