

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'examen 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'examen 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. 