



## « 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. 