



# 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

**L**e 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>