



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 cholécystectomie¹ 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 nombreux².

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. 