

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 2010¹ 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 sociale². 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 inutiles³.

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 cholécystectomies⁴, 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 PSA⁵ 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/angioplastie⁶, 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! 