



THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

Huit préconisations
pour améliorer la
Pertinence en santé



UNE PRODUCTION

Les Echos
Le Parisien
ÉVÉNEMENTS

LE THINK TANK **ÉCONOMIE SANTÉ**

Le Think Tank Économie Santé, développé par Les Echos Events, en collaboration avec Philippe Leduc, publie chaque année une recommandation issue de ses travaux. Ce groupe de réflexion dédié à l'économie de la santé s'inscrit dans le prolongement des conférences annuelles des Echos Events.

LES **OBJECTIFS** DU THINK TANK **ÉCONOMIE SANTÉ**

Apporter une contribution concrète et pragmatique en s'appuyant sur une démarche originale et transversale. En se focalisant sur le rôle et la responsabilité de chacun des acteurs et opérateurs pour une meilleure qualité des soins, un réel accès aux soins pour tous et une optimisation des dépenses.

L'originalité du Think Tank Économie Santé repose sur la qualité des membres de son comité. Ils sont, bien sûr, experts du système de soins, mais aussi et surtout d'horizons différents, ce qui garantit la qualité et l'indépendance de la démarche.

LE THINK TANK **ÉCONOMIE SANTÉ**

- est indépendant et ouvert sur la société;
- s'appuie sur des travaux de recherche;
- se situe dans une perspective d'intérêt général, ce dernier ne se réduisant pas à une alliance d'intérêts particuliers;
- produit des recommandations;
- s'inscrit dans le temps;
- médiatise largement ses conclusions, notamment lors des conférences des Echos Events et sous différentes formes, papier et électronique.

UN **BLOG** POUR ÉCHANGER ET DÉBATTRE

www.thinktank-economiesante-blog.fr

Le blog du Think Tank Économie Santé est un lieu de débats et de propositions pour enrichir la connaissance et la réflexion de chacun. Sur ce blog, les travaux du Think Tank sont soumis à la discussion.

Sur le blog du Think Tank Économie Santé sont également publiés régulièrement des billets sur l'actualité du secteur, avec le plus souvent le document concerné en lien pour faciliter l'appropriation de la thématique et les prises de position.





SOMMAIRE

Huit préconisations pour améliorer la Pertinence en santé

La Pertinence en santé, enjeu systémique, collectif et individuel, nécessite une action globale et concrète sans délai pour corriger les insuffisances actuelles

LES MEMBRES DU THINK TANK	6
PERSONNALITÉS INVITÉES et REMERCIEMENTS	8
ÉDITORIAL - Un engagement collectif, une responsabilité individuelle	9
LA RECOMMANDATION 2019 - HUIT PRÉCONISATIONS POUR AMÉLIORER LA PERTINENCE EN SANTÉ	12
1) Rendre pertinente l'organisation et le financement du système de santé pour faciliter la pertinence des soins.....	12
2) Mobiliser les professionnels en leur donnant les moyens d'analyser leurs pratiques, de partager les informations et en investissant résolument sur les données de santé.....	12
3) Sommer les CNP (Conseils nationaux professionnels) de produire chaque année au moins 5 recommandations « pertinentes » de pertinence des soins et de veiller à leur appropriation par les professionnels de santé.....	13
4) Imposer aux fabricants de logiciels métier d'inclure des rappels simples et opérationnels des Reco « Pertinence des soins » en fonction du contexte clinique.....	13
5) Inclure de manière explicite la pertinence dans la formation initiale et tout au long de la vie.....	13
6) Assurer une transparence totale, publique et simple des données de santé en veillant à limiter les effets pervers.....	14
7) Fournir aux patients les moyens de s'impliquer réellement.....	15
8) Associer les industriels à la pertinence des soins.....	15
UNE LONGUE MARCHÉ QUI VA CRESCENDO	16
1992 • Le rapport Béraud lance le débat sur la Pertinence des soins avec fracas.....	16
1993 • La pertinence des soins devient une priorité emblématique et structurée avec les RMO (Références médicales opposables).....	16
2000 • Depuis le début des années 2000 et chaque année, l'Assurance maladie reprend le flambeau.....	17
2009 • Les Conseils nationaux professionnels (CNP) sont créés. Leur mission est, entre autres, la qualité des soins et plus précisément la pertinence des soins.....	20
2010 • Le Figaro du 11 août titre : « Les actes inutiles sur la sellette ».....	20



SOMMAIRE (SUITE)

2011	<ul style="list-style-type: none"> • Le Ministère de la santé lance une réflexion visant à améliorer la pertinence des soins délivrés 21 • La Fédération hospitalière privée organise en mai une Journée sur la pertinence des actes 21 • Le Monde du 22-23 juillet titre « Soigner mieux, est-ce soigner plus ? » 21
2012	<ul style="list-style-type: none"> • La Pertinence en Amérique du nord : « <i>Best Care at Lower Cost</i> » 22 • La FHF publie un sondage : les médecins estiment que d'une façon générale, 24% des actes médicaux ne sont pas pleinement justifiés 22 • Le Ministère de la Santé publie « Le guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins » 22
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Le Commissariat général à la stratégie et à la prospective organise en juin un colloque : « Comment rendre la prescription et la réalisation d'actes plus pertinentes ? » 23 • L'Académie de médecine publie le rapport « Améliorer la pertinence des stratégies médicales » 23
2014	<ul style="list-style-type: none"> • L'OCDE publie l'étude « Variations géographiques des soins médicaux : que savons-nous et que pouvons-nous faire pour améliorer la performance des soins de santé ? » 23 • Le Monde titre à la Une de son supplément « Sciences et médecine » en septembre : « Excès sur ordonnance » 23
2015	<ul style="list-style-type: none"> • La Revue du Haut Conseil de la santé publique publie un dossier spécial sur « Pertinence des soins et variations des pratiques médicales » 24
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Publication de l'Atlas national des variations des pratiques médicales 24 • Les Instances régionales d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) sont mises en place à l'été 2016 24
2017	<ul style="list-style-type: none"> • L'OCDE publie : « Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé » 25 • Le Sénat publie un rapport aussi complet qu'alarmant sur la pertinence des soins 25 • Le 18 septembre, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé annonce le lancement des travaux de la Stratégie nationale de Santé 2017-2022. « La nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins » fait partie des quatre priorités 25 • La Cour des comptes, en novembre, recommande que « la surveillance et le contrôle doivent être concentrés sur la pertinence, la qualité et la sécurité des soins » 26 • <i>Le Journal du dimanche</i> titre le 26 novembre : « Le scandale des opérations inutiles » 26



2018	• Le Premier ministre annonce le 13 février une « consultation active » et quatre chantiers dont le premier est : « Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques »	27
	• Les Echos de cette même date titre : « Un plan pour sortir de la course aux actes médicaux »	27
	• Ce chantier est confié, le 9 mars, à trois « pilotes » de renom et d’horizons différents et donc complémentaires.....	27
	• La pertinence des soins est aussi abordée dans le cadre de ce même chantier dans le rapport « Mode de financement et de régulation »	28
	• La HAS en juillet dans son plan stratégique 2019-2024 affiche sa volonté de « mieux intégrer la pertinence »	28
	• Mi-septembre, les médecins libéraux de la Confédération de syndicats médicaux français (CSMF) s’emparent à leur tour de la pertinence des soins avec le thème de leur université d’été : « Pertinence : trouver le bon cap ».....	28
	• Le 18 septembre, le Président de la République lance « Ma santé 2022 » et Agnès Buzyn en dévoile les composantes dont la qualité des soins et en particulier la pertinence des soins.....	28
	• Fin octobre, la pertinence des soins est incluse dans la loi.....	29
	• La Cour des comptes alerte la Ministre le 6 novembre sur la « pertinence de la prescription des antibiotiques »	29
	• En novembre également, c’est aux médecins spécialistes de se pencher sur la pertinence des soins.....	29
	• Toujours en novembre, l’IRDES publie une synthèse documentaire : « La pertinence des soins en France : les principaux dispositifs et leurs évaluations »	30
	• Le 19 novembre Agnès Buzyn donne le coup d’envoi du déploiement de « Ma santé 2022 »	30
2019	• Le 29 janvier, la pertinence des soins est largement abordée dans le rapport de la « task force » missionnée par la ministre : « Réformes des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné »	30

CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ	31
---	-----------

RÉFÉRENCES	45
-------------------------	-----------



LES MEMBRES DU THINK TANK



Jean-Philippe ALOSI

Directeur des affaires publiques et gouvernementales
AMGEN



Philippe AMOUYEL

Médecin et chercheur, professeur d'épidémiologie et de santé publique, professeur des universités - praticien hospitalier
UNIVERSITÉ DE LILLE / CHU DE LILLE



Christian ANASTASY

Member of the «Expert panel on effective ways of investing in health»,
COMMISSION EUROPÉENNE



Martine Aoustin

Ancien Directeur général,
ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON



Cédric ARCOS

Délégué général adjoint,
RÉGION ÎLE-DE-FRANCE ;
Ancien Délégué général adjoint,
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (FHF)



Michel BALLEREAU

Délégué général / Executive officer,
FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)



Gilles BONNEFOND

Président,
UNION DES SYNDICATS DE PHARMACIENS D'OFFICINE (USPO)



Jean-Baptiste BONNET

Ex-président,
INTERSYNDICALE NATIONALE DES INTERNES (ISNI)



Sandrine BOUCHER

Directrice de la stratégie médicale et de la performance,
FÉDÉRATION UNICANCER



Jean BOURHIS

Directeur des opérations institutionnelles et économiques,
NOVARTIS



Frédéric BOUVIER

Head of Strategy, New Business Development, External Affairs, and Head of Medical Business Units & Integrated Solutions,
PHILIPS FRANCE



Vincent BOUVIER

Président-directeur général,
VIDAL



Michel CAZAUGADE

Président,
GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ



Alain-Michel CERETTI

Président,
FRANCE ASSOS SANTÉ



Jean-Michel CHABOT

Professeur de santé publique,
UNIVERSITÉ AIX-MARSEILLE



Xavier CHEVAL

Investisseur immobilier dans le secteur de la santé,
ICADE SANTÉ



Laurence COMTE-ARASSUS

Présidente,
MEDTRONIC FRANCE



David CORCOS

Président,
PHILIPS FRANCE



Agnès COUFFINHAL

Économiste senior, Division santé
ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE)



Michel COUHERT

Directeur de l'offre de soins, de l'autonomie et des parcours,
FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF)



Françoise DELETTRE

Directrice générale, membre du comité exécutif,
ICADE SANTÉ



Anne-Aurélien EPIS DE FLEURIAN

Directrice accès au marché,
SYNDICAT NATIONAL DE L'INDUSTRIE DES TECHNOLOGIES MÉDICALES (SNITEM)



Claude ÉVIN

Avocat,
CABINET HOUDART & ASSOCIÉS



Félix FAUCON

Responsable de la mission « Fonds Européens » de l'IGAS,
INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS)



Pascale FLAMANT

Déléguée générale,
FÉDÉRATION UNICANCER



Pascale GELIN

Directrice des affaires publiques en Territoires,
NOVARTIS



Dominique GIORGI

Inspecteur général des affaires sociales,
INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS)

La Recommandation du Think Tank Économie Santé représente le fruit du travail du groupe et n'engage pas individuellement chacun des membres.



Basile GORIN
Directeur des affaires publiques,
MEDTRONIC FRANCE



Corinne GUILLEMIN
Régional CEO, France,
Africa Middle East,
AXA



Jean-Paul HAMON
Président,
FÉDÉRATION DES MÉDECINS DE FRANCE (FMF)



Isabelle HÉBERT
Directrice générale,
MGEN



Élisabeth HUBERT
Présidente,
FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION À DOMICILE (FNEHAD)



Olivier LE PENNETIER
Praticien hospitalier contractuel au SAMU de Paris,
ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE PARIS (AP-HP)



Emanuel LOEB
Président,
JEUNES MÉDECINS



Dominique MAIGNE
Président,
AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX (ANAP)



Étienne MINVIELLE
Professeur,
INSTITUT GUSTAVE-ROUSSY (IGR) ; ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE (EHESP)



Béatrice NOËLLEC
Directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale,
FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)



Jean-Paul ORTIZ
Président,
CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)



Patrick OSCAR
Directeur général,
GERS



Michel PAOLI
Directeur médical santé,
GROUPE IMA



Valérie PARIS
Economiste Sénior,
ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE)



Benoît PÉRICARD
Associé,
Directeur secteur santé,
KPMG



Antoine PERRIN
Directeur général,
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE À LA PERSONNE (FEHAP)



Dominique POLTON
Présidente,
INSTITUT NATIONAL DES DONNÉES DE SANTÉ (INDS)



Étienne POT
Médecin addictologue,
Médecin de santé publique,
ORPEA - CLINEA



Gérard RAYMOND
Président,
ASSOCIATION FRANÇAISE DES DIABÉTIQUES (AFD)



Noël RENAUDIN
Expert



Antoine REYDELLET
Président,
INTERSYNDICALE NATIONALE DES INTERNES (ISNI)



Pascale SAUVAGE
Directrice par intérim,
ASIP SANTÉ



Clémence THEBAUT
Maître de conférences,
Economiste de la santé,
UNIVERSITÉ DE LIMOGES



Valéry TROSINI-DÉSERT
Médecin pneumologue,
GROUPE HOSPITALIER DE LA PITIÉ-SALPÊTRIÈRE (AP-HP)



Direction et animation :
Philippe LEDUC
Directeur,
THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ



Gestion de projet :
Lucie MORLOT
Responsable de projet,
LES ECHOS LEPARISIEN ÉVÉNEMENTS

PERSONNALITÉS INVITÉES



Agnès BUZYN

Ministre des Solidarités et de la Santé



Jean-Marc AUBERT

Directeur de la Recherche, des Études, de l'évaluation et des Statistiques (DREES),
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
Directeur de la Task Force sur le financement de la santé et en charge de la mise en place du Health Data Hub



Francesca COLOMBO

Cheffe de la Division de la santé,
ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE)



Catherine GRENIER

Directrice de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS),
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Gregory KATZ

Chair of Innovation Management & Value in Health,
UNIVERSITY PARIS-DESCARTES MEDICAL SCHOOL



Nicolas REVEL

Directeur général,
ASSURANCE MALADIE



Frédéric VALLETOUX

Président,
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (FHF)

REMERCIEMENTS

Merci aux personnalités ci-dessus qui ont accepté de participer à une réunion du Think Tank et de répondre à toutes nos questions après un exposé préliminaire sur la pertinence des soins.

Merci également aux Echos Etudes pour leur remarquable documentation et à Hospimedia, source d'informations aussi précieuses qu'exhaustives.

ÉDITORIAL

Un engagement collectif, une responsabilité individuelle

Une fois n'est pas coutume. C'est avec Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé conviée à la première réunion du cycle 2018-2019 du Think Tank Économie Santé, que le thème de la pertinence des soins a été choisi. La ministre a facilement convaincu les membres, tant ce sujet est essentiel en termes de santé publique, d'économie et d'organisation.

« Comment un Think Tank comme le vôtre peut m'aider à avancer sur cette question de la pertinence ? Quels sont les leviers et les freins pour que les professionnels eux-mêmes s'emparent de cette question ? Comment traite-t-on mieux les patients avec le budget qui nous est alloué ? Comment harmonise-t-on les pratiques ? Comment les évalue-t-on, pour favoriser les professionnels qui s'inscrivent dans cette démarche vertueuse ? », a demandé la ministre aux membres du Think Tank Économie Santé.

La pertinence des soins n'est pas un sujet nouveau, mais il est d'une actualité brûlante comme le montre « cette longue marche qui va crescendo » décrite plus loin. La corde se tend. La pression de toute part monte. La maturité des esprits progresse. Il ne concerne pas que la France, mais à des degrés divers tous les pays comparables. La France a quelques atouts pour forger une démarche novatrice et efficace.

La définition de la pertinence des soins est simple. C'est le bon soin à la bonne personne, au bon moment, par le bon professionnel. C'est ni trop ni trop peu. C'est le juste soin. C'est un soin approprié, strictement nécessaire, adapté aux besoins des patients et conforme aux meilleurs standards cliniques. La non-pertinence des soins peut correspondre à des surprescriptions ou à des sous-prescriptions.

La pertinence des soins n'est pas équivalente à la qualité des soins, elle en fait partie.

On peut affiner cette définition (voir encadré p.11), mais par souci de clarté et d'efficacité nous nous en tiendrons à cette définition.

Dans les pays où le coût de la non-pertinence a été évalué, il représente 20 % à 30 % des dépenses de santé, ce qui,

transposé à la France, représenterait 40 Md€ à 60 Md€. Cette estimation est contestée, mais donne une idée de l'enjeu financier. Cela dit, il ne faut pas réduire le débat à : amélioration de la pertinence = réduction de la dépense. Dans certains cas, le non-recours constitue la non-pertinence : l'errance thérapeutique des patients atteints de pathologies rares ne se traduit pas forcément par une réduction de la dépense lorsqu'ils bénéficient enfin de prises en charge adaptées ; il en va de même des campagnes de dépistage. De plus, les soins non pertinents peuvent être remplacés par des soins utiles : la réduction de la non-pertinence n'engendre pas une réduction de la dépense à due proportion.

La pertinence des soins revêt un caractère majeur, car elle a pour objectif d'améliorer la qualité des soins en supprimant le gaspillage et aussi la sous-utilisation du système de soins, qui peuvent être délétères pour la santé de chacun. Elle doit permettre également de dégager des marges de manœuvre financières pour investir là où les besoins sont criants soit en termes d'innovation, en particulier numérique, thérapeutique, préventive, soit en termes d'organisation. En fait, avec la pertinence des soins, on gagne sur les deux tableaux, cliniques et financiers. Mais, car il y a un mais de taille : on n'y arrive pas ou de manière parcellaire et fragmentée, et ce, au prix d'efforts importants.

Depuis vingt-cinq ans, le thème de la pertinence des soins est débattu. Là encore, la chronologie détaillée plus loin est explicite et édifiante. Nombre de propositions sont suggérées, de décisions prises et de règlements et modes d'emploi avancés, d'organisations et de contrôles mis en place. Certes des progrès ont été obtenus, mais ils ne sont en rien à la hauteur des enjeux. Bien que les évaluations manquent cruellement, le sentiment général est que la pertinence des soins marque le pas.

La pertinence est donc essentielle pour renforcer la qualité des soins et aussi favoriser la diffusion d'innovations organisationnelles, techniques ou médicamenteuses dont certaines sont très coûteuses, sans pour autant faire exploser le budget de l'Assurance maladie ou aggraver les inégalités de santé.



ÉDITORIAL (SUITE)

La pertinence des soins est en fait à l'image de l'ensemble du système de soins : réformer nécessite l'adhésion des professionnels, car il ne s'agit pas, loin de là, de simplement sanctionner ici ou là une pratique déviante, mais d'embarquer l'immense majorité des impétrants. C'est désormais clair dans l'esprit de tous, ou presque, ce qui signifie qu'il faut franchement changer de stratégie.

À cours de nombreuses, vives et passionnées discussions au sein du Think Tank Économie Santé, et en particulier avec les personnalités invitées, il est apparu clairement que le sujet est complexe car multiple et reposant sur le comportement de nombreux intervenants. Les vingt-cinq dernières années avec les multiples tentatives (jusqu'à l'édition d'un flyer, une feuille publicitaire : « Pertinence des actes : tous acteurs ») montrent bien qu'il n'y a pas de recettes miracles. Il n'en demeure pas moins que des leviers peuvent être dégagés, non pas tant pour sanctionner un peu plus les actions les plus caricaturales (ce qu'il faut assurément maintenir), stigmatiser quelques-uns ou encadrer toutes les pratiques, ce qui serait illusoire. L'Assurance maladie, acteur qui s'est révélé être majeur pour promouvoir la pertinence, l'a bien compris.

Les avancées pour une meilleure pertinence des soins passeront certes par une mobilisation et une implication de tous, mais surtout par la prise en compte des tendances fortes et nouvelles du moment qui sont de vraies opportunités :

- le recueil et la transparence des données ;
- la définition d'indicateurs de pertinence simples et peu nombreux ;
- le retour d'informations aux professionnels ;
- le rôle accru des patients ;
- les progrès des technologies de l'information et de l'intelligence augmentée.

Ces cinq points sont capitaux car, somme toute nouveaux, ils apportent un nouvel espoir que la pertinence en santé progresse significativement, à condition que ceux-ci soient actionnés franchement.

Le moment est venu, profitant de la maturité des esprits et de ces nouveaux moyens d'action, de franchir un cap décisif pour faire progresser la pertinence des soins, la mère de toutes les batailles en santé, celle qui permettra de redéployer les

moyens nécessaires à la transformation du système de soins pour l'adapter à la nouvelle donne bien décrite (évolution démographique, transition épidémiologique, révolution technologique), et pour que les professionnels de santé retrouvent de meilleures conditions de travail.

Pour mémoire, n'oublions pas pour autant l'étude de Berwick et al. parue dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)* en 2012⁽¹⁾, qui signale, certes aux États-Unis, que la lutte contre la fraude et la complexité administrative figurent aussi parmi les sources de dépenses inutiles, avec d'autres déterminants plus en lien avec notre sujet : insuffisance de la coordination des soins, traitements excessifs, insuffisance des prestations de soins, tarifs excessifs (*pricing failures*).

En définitive, voici la conclusion sous forme d'anaphore à laquelle le Think Tank Économie Santé est arrivé et qui a guidé sa recommandation 2019 :

- ▶ Pas de pertinence des soins sans pertinence du système de soins et des politiques de santé. Les pouvoirs publics doivent montrer l'exemple ;
- ▶ pas de pertinence des soins sans implication des professionnels, auxquels il faut donner les outils nécessaires ;
- ▶ pas de pertinence des soins sans données de santé de qualité et transparence, même si cette dernière n'est pas aisée compte tenu de la subtilité des analyses ;
- ▶ pas de pertinence des soins sans s'appuyer sur la parole des patients, sans leur responsabilisation accrue ;
- ▶ pas de pertinence des soins sans une formation initiale et continue qui prenne à bras-le-corps cette problématique et l'intègre dans les mécanismes de recertification des professionnels de santé en cours de développement. Sans attendre que ce dispositif soit opérationnel tous les six ans pour les diplômés à partir de 2021.

La ministre des Solidarités et de la Santé, dès son entrée en fonction, a fait de la pertinence en santé l'une de ses priorités majeures. Si bien que la pertinence des soins irrigue la plupart des nombreuses et ambitieuses réformes du système de santé en cours. Mais des freins et inerties, des corporatismes et frilosités subsistent. La Reco 2019 du Think Tank Économie Santé, de par sa liberté de ton et son éclectisme, vise à donner les moyens de faire un bond en avant.

(1) BERWICK D., HACKBARTH A., « Eliminating Waste in US Health Care », *JAMA*, 307(14):1513-1516.



Plusieurs définitions, un seul objectif

Pour le ministère des Solidarités et de la Santé :

« Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales. La pertinence des soins est une notion évolutive, car un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins.

- La pertinence des prescriptions :
médicamenteuses, examens de biologie ;
- La pertinence des actes : prise en charge médicale, chirurgicale ;
- La pertinence des prestations : modalités d'hospitalisation, parcours de soins. »

Dans le cadre de la transformation du système de santé, la pertinence des soins ou des actes concourt à la réduction des actes redondants pour les patients, tout en répondant aux enjeux d'une gestion efficiente de la santé. Elle concerne donc l'intégralité du parcours du patient, de la pertinence des prescriptions à celle du mode de prise en charge (hospitalisation, ambulatoire, etc.).

Pour la HAS :

« La pertinence est un sujet stratégique qui représente une dimension à part entière de la qualité des soins et un enjeu majeur pour la sécurité des patients. Toute intervention en santé comporte des risques, qui sont mis en balance avec les bénéfices ou les résultats attendus de l'intervention, indépendamment du coût. La HAS s'appuie sur la définition de RAND

Corporation (University of California, Los Angeles) qui propose la définition suivante : « [Un traitement est approprié quand] le bénéfice escompté pour la santé (par exemple, augmentation de l'espérance de vie, soulagement de la douleur, réduction de l'anxiété, amélioration des capacités fonctionnelles) est supérieur aux conséquences négatives attendues (par exemple, mortalité, morbidité, anxiété, douleur, durée d'arrêt de travail) d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valable d'entreprendre la procédure, indépendamment de son coût. » Quand une décision est prise, elle l'est en fonction des ressources et des préférences du patient.

Pour aboutir aux résultats escomptés, il y a deux grandes étapes :

- la qualité de la décision, qui peut correspondre à une sur- ou sous-utilisation des soins ;
- la qualité de la réalisation, dans laquelle beaucoup d'éléments entrent en ligne de compte, notamment la coordination.

Dès sa création, la HAS s'est intéressée au sujet de la pertinence des prescriptions, des actes, des séjours, des parcours de soins et des modalités de prise en charge.

Pour l'Assurance maladie :

« Le poids économique et sanitaire de la non-qualité ou de la non-pertinence est devenu un enjeu central des politiques de santé. Derrière l'identification d'activités de soins jugées inutiles, à faible valeur ajoutée ou évitables, se dessine un levier permettant de concilier la maîtrise des dépenses de santé, indispensable pour assurer la soutenabilité des systèmes de solidarité, et l'amélioration du service rendu à la population. »

LA RECOMMANDATION 2019

Huit préconisations pour améliorer la Pertinence en santé

1) Rendre pertinents l'organisation et le financement du système de santé pour faciliter la pertinence des soins

Tel qu'il a été construit par strates successives, le système de soins ne favorise pas la pertinence, il est même désincitatif, « pousse-au-crime ».

À l'hôpital, la tarification à l'activité et des tarifs en diminution pour compenser la croissance à venir estimée, de même qu'en ville le paiement à l'acte avec des tarifs particulièrement bas pour les consultations incitent à la course à l'acte et aux examens complémentaires. Ce type de rémunération est un « puissant facteur d'inflation des dépenses », pointe la Cour des comptes. Ceci est bien connu. Il est urgent de sortir de cette spirale inflationniste qui en plus épuise les professionnels, tout en conservant une incitation à générer des gains de productivité. Le rapport de Jean-Marc Aubert publié fin janvier 2019 propose un paiement combiné pour « accroître globalement le niveau de qualité des prises en charge et, en particulier, améliorer la pertinence des soins en réduisant les soins inadéquats ou inutiles ». Sa mise en œuvre est urgente.

Étonnement, les seuils d'activité pour autoriser une pratique (en particulier la prise en charge du cancer du sein) sont,

en France, particulièrement bas et donc non inopérants pour garantir la qualité des pratiques, ce qui ne facilite pas la pertinence des soins. Le gouvernement, dans le cadre de la loi santé actuellement débattue, a le projet de réformer le régime d'autorisation des activités de soins pour organiser la transformation du système de santé dans le respect du principe de gradation des soins et dans un souci de simplification. Il ne faudra pas s'arrêter au milieu du gué.

L'organisation en tuyaux d'orgue des professionnels de santé, l'hôpital public géré par l'État, les soins de ville par l'Assurance maladie, chaque catégorie de professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.) étant formée indépendamment les unes des autres, tout cela ne facilite pas la coordination des soins, indispensable pour les malades chroniques souvent polyopathologiques. C'est à l'échelon du parcours de soins que la pertinence doit se situer et non plus des actes. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont la solution, mais il faut en accélérer le développement par un investissement conséquent et les outiller pour mieux déterminer et piloter les parcours de soins.

2) Mobiliser les professionnels en leur donnant les moyens d'analyser leurs pratiques, de partager les informations et en investissant résolument sur les données de santé

Tout un arsenal d'évaluation, de contrôle et de sanctions a été mis en place au fil des années pour traquer les cas les plus caricaturaux. Utile sûrement (et qu'il faut maintenir en l'adaptant), mais ceci n'est pas suffisant pour toucher l'ensemble des professionnels non plus dans un esprit de coercition, mais de co-construction. Un retour d'information sur sa pratique est le meilleur moyen de mobiliser le professionnel. Trop d'indicateurs tuent les indicateurs, l'expérience américaine est éloquent en ce domaine. Chronophages à saisir et difficiles d'interprétation ou déconnectés de la pratique, les indicateurs doivent être

maniés avec précaution. Quant aux incitations financières, il faut veiller à inclure à côté de celles-ci la reconnaissance professionnelle, des investissements sur l'organisation, une logique d'équipe et à respecter les cultures et responsabilités locales. Il faut aussi anticiper un impact négatif pour le professionnel de santé d'une innovation en termes d'organisation ou de rémunération, une technique devenue obsolète peut toujours être rémunératrice. Il convient donc de proposer au professionnel des solutions pour accélérer le cas échéant l'abandon de la technique devenue obsolète, sans préjudice pour lui.

3) Sommer les CNP (conseils nationaux professionnels) de produire chaque année au moins cinq recommandations « pertinentes » de pertinence des soins et de veiller à leur appropriation par les professionnels de santé

L'intérêt majeur des conseils nationaux professionnels (CNP), structures fédératives médicales, est qu'ils rassemblent au sein d'une même entité toutes les composantes d'une spécialité médicale : sociétés savantes, collèges, syndicats, associations de FMC et d'évaluation des pratiques. Il convient toutefois de rappeler que les messages de pertinence ne doivent pas être élaborés par les seuls spécialistes du sujet. Il faut inclure les autres spécialités – en particulier les généralistes –, voire les autres professions médicales. Les CNP doivent jouer aujourd'hui un rôle clé dans

la validation et surtout la diffusion des recommandations et leur appropriation par les professionnels. Mais les CNP ne concernent encore que les médecins. Ils devront intégrer les autres professionnels de santé pour favoriser l'exercice collectif et la coordination des soins.

La HAS a aussi tout intérêt à dynamiser sa démarche et élaborer beaucoup plus de messages courts de pertinence des soins (sur son site, la liste est famélique) et aussi des fiches pour que les praticiens en discutent avec leurs patients.

4) Imposer aux fabricants de logiciels métier d'inclure des rappels simples et opérationnels des recommandations « Pertinence des soins » en fonction du contexte clinique

Il s'agit de faciliter l'accès aux recommandations dans les logiciels métier en les simplifiant et en adjoignant une version patient. Des alertes anti-iatrogénie devraient également être largement intégrées dans ces logiciels et régulièrement mises à jour.

L'interopérabilité doit être résolument renforcée, pour en particulier rendre accessibles tous les services qui vont se développer et qui visent une meilleure pertinence.

5) Inclure de manière explicite la pertinence dans la formation initiale et tout au long de la vie

La pertinence n'est pas enseignée en tant que telle pendant les études de santé. Le juste soin n'est guère valorisé ni au cours de la formation théorique ou pratique ni à l'occasion des évaluations (alors que l'on sait la puissance de la loi de l'effet de Thorndike^(*)). L'opportunité de la réforme des études de médecine/santé doit être saisie pour faire de la pertinence des soins un objectif permanent de la formation des futurs professionnels. C'est d'ailleurs déjà le cas dans plusieurs pays développés, ainsi une équipe d'universitaires de la faculté des sciences de la santé de Maastricht, aux Pays-Bas, a fait une revue systématique des études analysant

l'impact des programmes de formation à la notion de « *high-value and cost-conscious care* ». Près de quatre-vingts publications ont ainsi été retenues, dont la plupart avaient été réalisées en Amérique du Nord. Globalement, une moitié de ces études concernaient des professionnels en exercice ; et l'autre moitié, des étudiants et internes. Les auteurs concluent que trois facteurs contribuent positivement à l'impact de telles formations : d'abord, le fait de s'appuyer sur un authentique corpus de connaissances (économie de la santé, politique de valorisation des biens médicaux, applications de l'EBM [*evidence-based medicine*] et implication du patient) ; ensuite, tout ce qui est de



(*) La loi de l'effet est un des principes qui gouvernent l'apprentissage par conditionnement opérant. La loi de l'effet postule qu'une réponse est plus susceptible d'être reproduite si elle entraîne une satisfaction pour l'organisme et d'être abandonnée s'il en résulte une insatisfaction. En d'autres termes, si la connexion « situation-réponse » est suivie d'un état de satisfaction (donc

la récompense), le comportement appris a plus de chance d'être reproduit. Cette loi a été formulée en 1911 par Edward Thorndike. Ainsi, plus la force de connexion est forte, plus la probabilité de la produire va augmenter. C'est une perspective hédoniste. L'humain a besoin du lien de causalité pour apprendre, alors que l'animal peut s'en passer ; c'est un apprentissage associatif.

l'ordre de l'organisation de l'exercice et qui se focalise sur l'analyse des pratiques, en particulier les « feed-back » et réunions d'équipe ; enfin, ce qui concerne l'environnement positif de l'apprentissage et notamment que des enseignants assument un rôle d'exemple et de mentor dans ce sens ou que les étudiants y trouvent des éléments de motivation, y compris sur un mode trivial⁽¹⁾.

La formation à l'hôpital et au cours des stages ambulatoires est également cruciale. Comme le décrit plus loin le président de l'InterSyndicale nationale des internes (Isni),

les jeunes médecins sont confrontés à une sorte de désapprentissage du fait de la tarification à l'activité, qui ne prend pas en compte la pertinence. De même, la facilité de prescrire des bilans « clé en main » dans les ordinateurs des services nuit à la pertinence.

Enfin, la formation tout au long de la vie et la recertification des professionnels de santé (en cours d'élaboration) doivent aussi inclure la pertinence des soins.

(1) STAMMEN L. A. et al, « Training Physicians to Provide High-Value, Cost-Conscious Care », JAMA 2015;314(22): 2384-2400.

6) Assurer une transparence totale, publique et simple des données de santé en veillant à limiter les effets pervers

Aujourd'hui, les informations dont disposent les autorités, que cela soit les pouvoirs publics, la HAS ou l'Assurance maladie, ne sont pas toutes publiques ou faciles d'accès, ce qui revient au même. Ces données concernent par exemple pour un service donné le taux de complications, les infections nosocomiales, les taux de césariennes, l'activité de chirurgie pour cancer du sein, les résultats obtenus, le nombre de transplantations par an (certains services n'en réalisent qu'une seule par an), etc. La raison souvent avancée de cette opacité est que ces données doivent être interprétées et que leur publication risque d'avoir des effets pervers, comme par exemple entraîner une sélection des patients. Pour avoir de bons résultats, il suffit de ne prendre en charge que les patients « en bonne santé » et non pas les plus âgés ou polypathologiques. C'est exact, mais aujourd'hui l'absence de transparence nourrit bien des erreurs et des incompréhensions. La transparence vis-à-vis des patients est un élément clé de la pertinence des soins. Non pas tant semble-t-il par une modification du comportement des patients, mais du fait d'une prise en compte par les professionnels de la publication de ces données de pratique.

Il revient aux pouvoirs publics – et en particulier à la HAS – d'assurer cette transparence quitte à l'accompagner et à avancer par étape. Le site Scope Santé de la HAS, qui fut un progrès en son temps, est aujourd'hui, en dépit des efforts de fonctionnalité, notoirement insuffisant.

Unicancer, qui regroupe les centres de lutte contre le cancer, va dès 2019 pour certains de ses établissements afficher des données de morbi-mortalité, en particulier les « courbes de survie » par pathologie et les informations recueillies auprès des patients en termes de résultats qui leur importent et d'expérience patient, et qui seront inclus dans le dossier patient.

C'est d'ailleurs ce que réclament les patients : « Comparer l'offre dans sa région à partir de critères objectifs et incontestables. Choisir en connaissance de cause le professionnel ou l'établissement le plus adapté à ses besoins », comme l'indiquait récemment le président de France Assos Santé.





7) Fournir aux patients les moyens de s'impliquer réellement

Informers les patients sur ce qui est utile et inutile, les bénéfices et les risques.

Surtout, les encourager à poser systématiquement quatre questions à leur médecin, singulièrement, au moment des prescriptions d'examen ou de traitement, comme le propose le JAMA (8 décembre 2015) dans la « Patient Page » dédiée au *high-value care* qui devrait se substituer au *high volume* :

- *What are the risks of tests or treatments?*
Quels sont les risques des examens ou des traitements ?
- *How will this test or treatment help me?*
En quoi cet examen ou ce traitement va-t-il m'améliorer ?
- *Are there any other options beyond what was just recommended?*
D'autres options sont-elles recommandées ?
- *Would happen if I do not do anything?*
Que pourrait-il arriver si je ne fais rien ?

La pertinence des soins doit aussi davantage les impliquer en leur donnant systématiquement la possibilité de donner leur avis sur les résultats qui leur importent, données différentes des informations cliniques qu'elles enrichissent. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la HAS, avec l'indicateur e-Satis, se sont inscrites dans cette

démarche depuis avril 2016. Mais aucune des questions posées aujourd'hui au patient ne porte sur son appréciation qualitative du soin dont il a bénéficié. Les thématiques et le champ du questionnaire e-Satis doivent donc être étendus pour mieux l'inscrire dans une logique d'évaluation de la pertinence des soins du point de vue du patient.

La France doit s'engager plus clairement dans le mouvement mondial actuel qui vise à développer l'évaluation par les patients eux-mêmes des résultats des soins, puissant moteur de pertinence si celle-ci est bien incluse dans une démarche partenariale entre le praticien et le patient. La France doit s'impliquer davantage dans le programme PaRIS (*Patient-Reported Indicators Surveys*) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dont le but est de rendre systématique la mesure des indicateurs de résultats de santé déclarés par les patients.

Enfin, la responsabilisation du patient dans l'observance en relation avec son implication dans la décision qui le concerne constitue un véritable défi dans notre pays. La fidélisation des patients dans les parcours de soins, comme leur contribution aux résultats captés par les indicateurs de suivi et de qualité qui leur sont associés, imposent cependant que ce sujet soit abordé sans frilosité.

8) Associer les industriels à la pertinence des soins

Les industriels de la santé souhaitent être associés à la pertinence des soins et assurent qu'ils s'y consacrent déjà. Ils se considèrent comme des partenaires de santé avec les autorités, les sociétés savantes, les associations de patients, et surtout leurs clients, les établissements et les professionnels de santé. L'enjeu est tel qu'il est tentant de les prendre au mot. Reste à trouver les modalités pour éviter les dérives du passé, notamment au sein de l'industrie pharmaceutique. Les industriels dont les produits sont de plus en plus efficaces ont intérêt, en toute logique, à ce que leurs médicaments ou appareils soient correctement utilisés. Et ce, d'autant plus que la vague d'innovations actuelle pourrait être mise à profit pour faire de la pertinence des soins une

priorité, comme le préconisait la Reco 2018 du Think Tank Économie Santé pour la réduction des inégalités en santé. L'innovation est une réelle opportunité pour trouver des solutions là où le système de soins fait défaut. La notion de pertinence pourrait ainsi être introduite explicitement dans l'accord-cadre qui doit bientôt être négocié entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les industriels, avec une valorisation sous couvert d'une évaluation en vie réelle. L'accord-cadre actuel conclu jusqu'au 31 décembre 2018 consacre un chapitre à la « Régulation des prix et bon usage » et un article à l'« Information des prescripteurs, [la] promotion et [la] publicité », mais la pertinence des soins n'est pas mentionnée.

UNE LONGUE MARCHÉ QUI VA **CRESCENDO**

De nombreuses initiatives et décisions ont été prises au cours des vingt-cinq dernières années pour améliorer la pertinence des soins en France. Les passer succinctement en revue est très instructif pour comprendre l'évolution des concepts et des réflexions, et surtout débusquer les difficultés, freins et insuffisances. La succession de ces actions qui se sont toutes révélées *in fine* non satisfaisantes montre bien les difficultés auxquelles sont confrontés les pouvoirs publics et plus largement les institutionnels et les professionnels de santé. Et confirme, si besoin était, la nécessité de changer de braquet ou plutôt de paradigme, même si bien sûr le passé a permis de mieux comprendre les pratiques et constitue d'ores et déjà un socle à peaufiner sur lequel il faut rajouter une nouvelle perspective, que la maturité des esprits et les nouvelles technologies autorisent désormais.

1992

Le rapport Béraud lance le débat avec fracas.

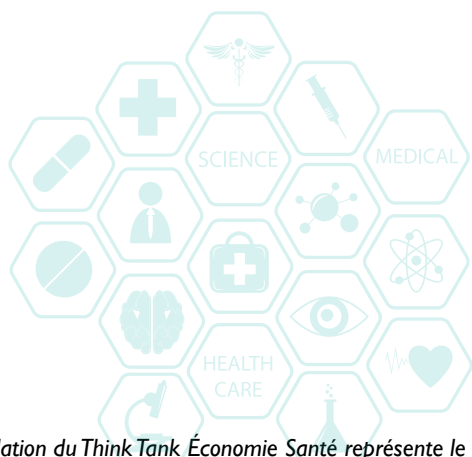
Le médecin-conseil national de la Caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) provoque une rude polémique et de vives réactions d'indignation en publiant « La non-qualité médicale et économique du système de soins ; ses causes ; comment le service médical de la CNAMTS peut aider les professionnels de la santé à accroître la qualité de leur performance ». Il faut dire que les propos sont révolutionnaires : « Toutes les activités médicales ne sont pas créatrices de santé. Multiplier les activités médicales pour accroître la santé est un leurre. Trop d'activités médicales nuisent au développement de la santé : le développement incontrôlé du système de soins est un obstacle à la promotion de la santé. Une part croissante des activités médicales dont l'efficacité scientifique a été démontrée est sans utilité ou dangereuse pour les patients. Une part importante, entre 20 % et 40 %, des activités médicales qui ont été évaluées est sans utilité ou dangereuse pour les patients. » Claude Béraud propose en conclusion de « communiquer, évaluer et contrôler ». « La non-qualité est un trésor »... mais qui trop embrasse mal étirent !

1993

La pertinence des soins devient une priorité emblématique et structurée avec les références médicales opposables (RMO).

L'arrêté du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention médicale des médecins libéraux avec l'Assurance maladie inclut ce dispositif. Mais les RMO n'ont pas eu le temps de se déployer. Elles se fracassent sur le plan Juppé de réforme de l'Assurance maladie de 1995, qui a rafraîchi les relations entre les médecins et les pouvoirs publics. L'idée était pourtant séduisante, d'abord car elle émanait des médecins libéraux eux-mêmes en collaboration avec l'Assurance maladie, ensuite parce qu'elle reposait sur des messages simples mobilisateurs, deux conditions aujourd'hui considérées comme cardinales. Le caractère opposable avec sanctions financières (modérées) à l'appui, retoqué par le Conseil d'État, était certes audacieux, mais mal vécu par un nombre de médecins.

À l'époque, on ne parlait pas encore de pertinence des soins, mais de maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui avait « pour finalité d'infléchir le comportement dans une recherche constante d'amélioration de la qualité et de contribuer ainsi à améliorer l'efficacité du système de soins » (art. 12 de la convention nationale des généralistes du 4 décembre 1998), ce qui était assez comparable même si l'enjeu économique était en bonne place, car l'objectif était bien de limiter sinon supprimer les actes et prescriptions inutiles ou dangereuses. La première des RMO (commençant toujours par « Il n'a pas lieu de... ») est très illustrative : « Il n'y a pas lieu et il peut être dangereux d'associer deux anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie générale. » Cette pratique était certes peu fréquente, mais la RMO a eu un effet notable, comme celles sur les vaso-actifs ou les traitements de l'adénome de la prostate. Mais, globalement, l'impact des RMO est resté limité, car leur formulation pour les rendre opposables était forcément un peu simpliste au regard des situations médicales, par définition plus complexes.



2000

Depuis le début des années 2000 et chaque année, l'Assurance maladie reprend le flambeau.

Elle propose au Parlement un « plan d'action de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville » dans son rapport « Charges et produits ».

Elle définit ainsi son action en 2015 dans le rapport « Charges et produits » pour 2016. « La question de la pertinence des soins délivrés reste un enjeu majeur : la CNAMTS travaille depuis de nombreuses années sur ces questions, qu'elle a particulièrement développées dans les deux derniers rapports de propositions de l'Assurance maladie. L'objectif fondamental est de promouvoir l'accès pour tous au juste soin et au soin de qualité, d'éviter les traitements ou actes inutiles, porteurs de risques pour les patients, et d'allouer les ressources sur des soins qui présentent un réel bénéfice pour la population. S'agissant de la pertinence des soins délivrés dans les établissements de santé, c'est sur le champ de la chirurgie que les actions les plus structurées ont été mises en place. » L'Assurance maladie en avait engagé depuis de nombreuses années et elle a développé notamment, à partir de 2012, une méthodologie d'analyse pour cibler les établissements présentant des risques de non-pertinence, méthodologie appliquée d'abord aux appendicectomies, puis à la chirurgie du canal carpien. Elle s'insère désormais dans la démarche menée conjointement avec le ministère des Solidarités et de la Santé et la HAS. Dans le domaine de la chirurgie, le champ a été étendu en 2015 à la cholécystectomie, qui a fait l'objet d'une analyse approfondie menée en collaboration avec la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (le taux d'intervention est de 1,20 pour 1 000 habitants en moyenne sur le territoire national, mais il varie du simple au triple selon les régions : 0,47 à 1,44, après standardisation pour tenir compte des différences de structures démographiques régionales). Cependant, la recherche d'une meilleure pertinence des soins ne se limite pas aux actes chirurgicaux, même si ceux-ci font l'objet d'une attention particulière. Elle concerne les stratégies thérapeutiques

en général, mais aussi les stratégies diagnostiques. Pour ces dernières, des progrès peuvent être faits pour limiter la prescription d'actes inutiles : c'est le cas par exemple en matière d'examen pré-anesthésiques, pour lesquels une analyse de la conformité des pratiques aux recommandations a été menée en collaboration avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (sur l'ensemble des situations étudiées, 3,9 millions d'examen pré-anesthésiques réalisés en 2013 ne seraient pas pertinents). Plus globalement, les prescriptions d'examen biologiques sont un domaine dans lequel des marges importantes d'amélioration des pratiques peuvent être identifiées, dans le prolongement des premiers constats réalisés dans les rapports de propositions précédents. Sont concernés les examens lipidiques et le dosage de l'HbA1c. Le dosage de la vitamine D a connu une réduction spectaculaire après la révision de la nomenclature et la diffusion d'informations sur les indications validées par la HAS. Ce dosage, après une croissance continue depuis 2010 passant de 200 000 à un pic de 700 000 en 2013, est revenu aux alentours de 200 000 en 2015.

L'Assurance maladie recommande de poursuivre ces efforts avec des actions incitatives plus fortes, d'intensifier les collaborations avec les sociétés savantes et de mieux définir les recommandations de bonne pratique.

En 2016, l'Assurance maladie insiste pour 2017 sur sa démarche d'accompagnement des établissements et des professionnels pour une meilleure pertinence des soins. Les thèmes abordés seront :

- la pose de drain tympanique dès la parution de la recommandation de la HAS ;
- l'évaluation des programmes d'accompagnement précédents : chirurgie du canal carpien, cholécystectomie, thyroïdectomie et chirurgie bariatrique ;
- le suivi attentif de l'évolution des examens pré-anesthésiques.

En 2017, l'Assurance maladie se focalise pour 2018 sur de nombreux secteurs :

- améliorer la pertinence du recours aux soins de suite et de rééducation (SSR), considérant que « l'hospitalisation en service de SSR peut et même doit dans certains cas être évitée après évaluation médicale, afin de favoriser une réhabilitation rapide » ;



2000 (suite)

- renforcer les actions de pertinence de prescription des produits de santé, en particulier pour les hypolipémiants et les antidiabétiques, et les actions de qualité de prescription chez la personne âgée ;
 - poursuivre et amplifier les actions concernant les actes en ville (IRM ostéoarticulaire et forfaitisation du nombre d'exams de radiologie conventionnelle) et à l'hôpital, en réduisant les disparités des taux de recours pour les dix actes ciblés par l'*Atlas des variations des pratiques médicales* : amygdalectomie, appendicectomie, césarienne, chirurgie bariatrique, chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate, chirurgie du canal carpien, cholécystectomie, hystérectomie, pose d'une prothèse de genou et thyroïdectomie, dont la part des séjours évitables pour l'ensemble de ces dix activités varie entre 1 % et 18 % selon les activités en 2015 ;
- développer de nouvelles formes d'actions plus partenariales avec les professionnels de santé : outils d'aide à la décision pour la médecine générale. Une fiche de « non-prescription d'antibiotiques » est proposée aux médecins pour qu'ils la remettent à leurs patients. Elle concerne « le rhume, la grippe, la bronchiolite aiguë et la plupart des otites et angines qui sont de nature virale et qui guérissent donc sans antibiotiques ». Elle indique la durée habituelle des principaux symptômes.

En 2018, l'Assurance maladie consacre un important développement à « la pertinence des soins, une composante essentielle de la qualité et de la sécurité des soins », mais reconnaît d'entrée de jeu comme un aveu presque d'impuissance qu'il s'agit là d'« une notion complexe et difficile à appréhender en pratique ». Elle rappelle que la non-pertinence est une problématique à triple facette : la surutilisation (examens ou traitements inutiles), la sous-utilisation et le mésusage bien identifiés acte par acte, mais dans la vraie vie bien souvent intriqués dans un parcours de soins, ce qui rend l'analyse plus complexe et de citer un exemple : « La sous-consommation d'un examen diagnostique peut être associée à la surconsommation d'une intervention chirurgicale. » L'étude réalisée par l'Assurance maladie sur le parcours de soins des patients opérés d'une affection des tendons de l'épaule montrait qu'en 2014 le taux de recours à cette intervention par département variait du simple au double, alors que 36 % des patients opérés n'avaient réalisé avant l'intervention aucun de l'un des trois examens recommandés par la HAS. On voit ici que, « pour un même

parcours, des situations de sur- et de sous-consommation peuvent coexister et même s'enchaîner de façon causale ».

« Il est relativement aisé de définir la pertinence d'un point de vue théorique. En revanche, il est bien plus difficile de la distinguer en pratique courante, en dehors de quelques cas typiques évidents. L'essentiel du fonctionnement du système de santé se situe dans une "zone grise" du point de vue de la pertinence. L'utilité et le risque liés aux traitements et interventions en santé se situent dans une forme de *continuum* où il n'est pas toujours facile de placer une frontière entre le soin pertinent et le soin qui ne l'est pas. Cela résulte d'au moins trois facteurs : le premier est l'absence d'éléments de preuve scientifique pour une part importante de la pratique médicale ; le deuxième est le fait que la pertinence n'est souvent appréciable qu'en regard du contexte précis du patient ; et le troisième est la prise en compte des préférences du patient dans la décision médicale (pour certaines interventions chirurgicales, par exemple, le choix d'une technique opératoire peut dépendre des souhaits du patient). » Les déterminants de la non-pertinence sont individuels et collectifs, et de trois types : liés aux connaissances et biais individuels ; d'ordre financier et organisationnel ; et enfin, la conséquence des relations individuelles et de pouvoir. Quant aux solutions : « Un des constats majeurs des expériences internationales en matière d'amélioration de la qualité, pertinence et sécurité des soins est qu'il n'existe, à l'évidence, aucune solution "magique" qui permettrait de résoudre de façon simple le problème. Seul un ensemble d'actions multiples, concertées, impliquant l'ensemble des acteurs semble à même de donner des résultats tangibles. Devant la diversité des sujets d'action et des moyens existants, il est difficile d'isoler de manière certaine un "panier" minimal d'actions indispensable ou particulièrement efficace. Il apparaît cependant clairement que les outils numériques et l'implication du patient sont désormais indispensables à ces approches. » Et de décliner ce qui doit être privilégié : référentiels de bonnes pratiques intégrés à l'exercice clinique, formation interactive et sur la durée, prise en compte de l'expérience patient. L'Assurance maladie privilégie désormais, au-delà de l'information et de la coercition (lourde et coûteuse), un travail plus partenarial avec les professionnels de santé qui doit reposer sur des objectifs réalistes, des actions conjuguées, un appui méthodologique ou technique, une implication des pairs, des données individuelles, une évaluation et last but not least un partage des gains et une compensation en cas de perte de revenus.



Plus concrètement, en 2017, 29 millions d'échographies ont été facturées en libéral (hors sages-femmes) pour un montant de 1,4 Md€. La Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) s'interroge sur la pertinence de tous ces actes, en particulier chez les cardiologues pour lesquels ils « participent pour près de 50 % à l'équilibre économique de leurs cabinets », précise-t-elle. Avec malice ? Et se propose de travailler avec les sociétés savantes concernées. L'Assurance maladie a d'ailleurs conclu, en avril 2018, avec le principal syndicat de radiologues (la Fédération nationale des médecins radiologues – FNMR) « un accord général sur l'imagerie médicale pour mettre en œuvre sur la période 2018-2020 un ensemble d'actions et de mesures visant à maîtriser les dépenses de remboursement en imagerie médicale pour un montant de plus de 200 M€ ». Quant à la chirurgie bariatrique, la demande d'accord préalable sera désormais possible en ligne pour permettre une réponse dans des délais « très courts ».

L'intérêt des indicateurs diffusés au grand public et aux professionnels, mais aussi leurs limites et difficultés d'interprétation sont passés en revue de même que les démarches qualité en médecine de ville, difficile (là encore) à évaluer. « L'utilisation d'indicateurs, reconnaît bien volontiers l'Assurance maladie, est un prérequis incontournable à toute démarche d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins » et elle tient à rappeler qu'« outils de régulation, les indicateurs peuvent et doivent également être un outil de dialogue avec les professionnels et les patients. Dans cette optique, la France doit encore plus tirer profit des données du Système national des données de santé (SNDS) pour alimenter les réflexions des acteurs et leurs pratiques, que ce soit dans une logique de régulation pure, de transparence ou d'amélioration de la qualité. Le développement de nouvelles familles d'indicateurs, rapportées par le patient, doit se faire en veillant à définir et à tester leur usage en les intégrant au plus près des pratiques des professionnels et des patients, gage à la fois de qualité de la donnée recueillie et d'un usage pertinent. Ainsi, une réflexion sur les schémas de systèmes d'information dans lesquels ils pourraient s'intégrer apparaît indispensable. Étant donné ses missions et l'expertise qu'elle a développée dans l'utilisation des données du SNDS, l'Assurance maladie pourrait contribuer à l'ensemble de ces démarches, dans le cadre d'un programme de travail commun avec la HAS », conclue-t-elle.

L'Assurance maladie consacre également un long chapitre aux liens entre volume d'activité et qualité des soins, et plus

précisément pertinence. Elle milite avec force, tout d'ailleurs comme Unicancer, pour que certains seuils d'activité nécessaires à autorisation, en particulier pour le cancer du sein, soient franchement relevés, le risque de décès dans les cas extrêmes étant augmenté de 84 %. La qualité de l'acte chirurgical n'étant pas nécessairement en cause, à l'inverse de la pertinence de l'organisation et de l'environnement : isolement, repérage de la tumeur, échographie ganglionnaire. Il en va de même pour le cancer de l'ovaire. L'Assurance maladie a même calculé le nombre d'établissements qui pourraient ne plus pouvoir continuer à opérer – 338 pour le cancer du sein et 519 pour celui de l'ovaire – et propose des mesures progressives.

Pour améliorer la pertinence des prescriptions médicamenteuses, en particulier la diffusion rapide (excessive ?) des innovations, l'Assurance maladie met en avant une nouvelle approche prospective, réactive et en vie réelle de la pertinence à partir d'exemples concernant le diabète et la BPCO.

Onze propositions sont faites qui englobent non seulement la pertinence, mais aussi la qualité et la sécurité des soins.

Enfin, les nouveaux modes de paiement dans le but d'améliorer la qualité et la pertinence des soins sont largement détaillés et donnent lieu à trois propositions assez généralistes :

- renforcer les dispositifs actuels ;
- expérimenter un paiement forfaitaire populationnel en exercice pluridisciplinaire en ville ;
- tenir compte du profil du patient dans les expérimentations.



2009

Les CNP sont créés à partir de structures fédératives médicales regroupant sociétés savantes, collègues, syndicats, associations de FMC et d'évaluation des pratiques.

Leur mission est, entre autres, la qualité des soins et plus précisément la pertinence des soins. L'intérêt majeur de ces structures est qu'elles rassemblent au sein d'une même entité toutes les composantes d'une spécialité médicale. Les CNP devraient jouer aujourd'hui un rôle clé dans la validation et surtout la diffusion des recommandations et leur appropriation par les professionnels. Mais ils ne concernent encore que les médecins. Ils devront intégrer les autres professionnels de santé pour favoriser l'exercice collectif et la coordination des soins.

2010

Le Figaro du 11 août titre « Les actes inutiles sur la sellette », en reprenant les données de la Fédération hospitalière de France (FHF) qui a lancé un groupe de travail pour lutter contre les opérations chirurgicales superflues.

La FHF suggère de ne plus rembourser les actes là où les abus se poursuivent, thème d'un amendement huit ans plus tard du gouvernement à la loi de financement de la Sécurité sociale. Le président de la FHF de l'époque, Jean Leonetti, fustige les excès et pronostique que « vu nos finances publiques, les actes inutiles ne sont pas tenables. Il faut bien expliquer au corps médical que, si les budgets ne sont pas maîtrisés par une démarche médicale, ils le seront par une démarche comptable ».



2011

Le ministère des Solidarités et de la Santé via la DGOS lance une réflexion visant à améliorer la pertinence des soins délivrés.

Ces travaux sont menés par un « groupe technique » associant l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), qui produit et actualise les taux de recours qui permettent aux agences régionales de santé (ARS) de sélectionner les thématiques qui présentent les plus fortes hétérogénéités ; la HAS, qui réalise, avec les professionnels de la discipline concernée, des recommandations et des outils d'amélioration des pratiques ; et enfin la CNAMTS, qui produit, sur la base des recommandations de la HAS, des indicateurs destinés au ciblage des établissements les plus à risque de non-pertinence, développe des supports d'information à destination des patients et des professionnels, et veille à la diffusion de ces outils auprès des professionnels libéraux et hospitaliers. Dix-neuf thématiques ont été sélectionnées sur la base de trois critères : volume important (> 20 000 par an), activité en hausse sur les trois dernières années et variations importantes entre les régions. Ont été ajoutées deux thématiques tirées de la littérature nationale et internationale, et douze actes tirés des travaux de la CNAMTS. Ce qui correspond à trente-trois priorités nationales :

- endoscopies digestives ;
- cholécystectomies ;
- affections des voies biliaires ;
- interventions transurétrales ;
- lithotrities extracorporelles ;
- infections des reins et des voies urinaires ;
- libérations du canal carpien ;
- prothèses du genou ;
- prothèses de la hanche hors traumatismes récents ;
- arthroscopies d'autres localisations ;
- interventions sur le cristallin ;
- amygdalectomies et/ou adénoïdectomies ;
- drains tympaniques ;
- affections de la bouche et des dents ;
- endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde ;
- infections et inflammations respiratoires ;
- bronchiolites ;
- BPCO surinfectées ;
- appendicectomies ;
- chirurgie bariatrique ;
- chirurgie du rachis ;
- césariennes programmées à terme ;
- thyroïdectomies ;

- œsophagectomies ;
- colectomies totales ;
- hypertrophies bénignes de la prostate ;
- hystérectomies ;
- pancréatectomies ;
- anévrismes de l'aorte abdominale ;
- pontages coronaires ;
- valves aortiques ;
- varices ;
- ligamentoplasties du genou.

La Fédération hospitalière privée organise en mai une Journée sur la pertinence des actes où

il est souligné que le problème réside surtout au niveau de la vaste zone grise, où les praticiens gèrent la situation au mieux. « La non-pertinence n'est ici que le fruit du mauvais fonctionnement du système et d'une dynamique collective inadaptée, plus que de la réalisation d'un acte », rapporte Hospimedia qui titre astucieusement « Trouver le bon moyen pour maîtriser la complexité ». Invité, le président de la FHF, Jean Leonetti, distingue « actes non pertinents faciles à évaluer et faciles à régler (radio du crâne), ceux faciles à évaluer, mais difficiles à régler (pourquoi fait-on des amygdalectomies en France et pas en Allemagne ? Ou le recours à la césarienne) et enfin ceux complexes à évaluer et complexes à régler (multiplication des examens biologiques et radiologiques à l'hôpital public) ». Il propose une démarche : « Commencer par travailler sur les actes les plus courants, les plus coûteux et peut être les plus pénalisants pour le malade », précise *Le Quotidien du médecin*.

Le Monde du 22-23 juillet titre « Soigner mieux, est-ce soigner plus ? ».

Dans une tribune, Frédéric Valletoux, président de la FHF d'Île-de-France, considère que « les actes "intellectuels" sont moins remboursés que les actes "techniques", ce qui pousse hôpitaux ou praticiens à favoriser les actes les plus rentables, parfois au détriment de leur pertinence ».



2012

La pertinence en Amérique du Nord.

L'« overuse » des ressources médicales a été étudié par l'Institute of Medicine⁽¹⁾ (IOM) dès 2012. Un rapport court en cinq pages, intitulé « *Best Care at Lower Cost* », a été publié, dont le PDF est toujours aisément accessible sur Internet : <https://www.nap.edu/resource/13444/BestCareReportBrief.pdf>

Globalement, ce rapport préconise la diffusion et la transparence des données permettant d'apprécier cet overuse et appelle à une politique de responsabilisation croissante, aussi bien des professionnels que des patients ; politique couplée à des incitatifs plutôt qu'à des mesures coercitives. La deuxième initiative est plus directement médicale. Elle est le fait de leaders professionnels, universitaires ou non. Ils se sont impliqués au cours des derniers mois dans de nouvelles rubriques des revues de l'Association médicale américaine (AMA). La première rubrique est titrée – sans qu'il soit besoin de traduire – « *Less is More* ». Toute une série de sujets cliniques y sont traités successivement, avec une analyse centrée sur le rapport bénéfice/coût des investigations et des traitements disponibles, et le cas échéant recommandés. La seconde rubrique est parrainée par l'American Board of Internal Medicine (Abim). Depuis avril 2012, en partenariat avec nombre de sociétés savantes, l'Abim publie une série intitulée « *Choosing Wisely*⁽²⁾ ». Chacune des sociétés savantes impliquées a identifié « cinq examens complémentaires, procédures ou traitements, communément utilisés et pour lesquels l'utilité peut être réévaluée et reconsidérée, autant par les patients que par les médecins » ; avec maintenant un recul de plusieurs années, les résultats semblent mitigés, ce qui n'empêche pas une diffusion européenne du mouvement. (En France, la HAS s'est engagée dans une approche comparable sur la « pertinence des actes » à partir de données de l'Assurance maladie et de l'Atih.) Une dernière initiative concerne la formation des futurs médecins et plaide pour une introduction significative des réflexions médico-économiques dans le cursus des études.

L'avenir dira l'impact de ces différentes initiatives. Il reste que ce sont des médecins qui en sont les principaux promoteurs.

D'un autre côté, les financeurs/payeurs nord-américains (privés et publics) ont engagé une diversification des modes de rémunération des médecins en substituant le *high-value care* au *high volume*... Évolution décisive ?

La FHF enfonce le clou avec fracas en publiant un sondage TNS selon lequel les médecins estiment que, d'une façon générale, 24 % des actes médicaux ne sont pas pleinement justifiés : 26 % pour les médecins hospitaliers, 32 % pour les généralistes libéraux. En ce qui concerne leur discipline, 20 % des actes ne sont pas justifiés pour l'ensemble des médecins : 15 % pour les médecins hospitaliers, 17 % pour les spécialistes libéraux et 27 % pour les médecins généralistes. Pour quelles raisons certains actes médicaux sont réalisés alors qu'ils ne sont pas justifiés : demande des patients : 85 % ; peur du risque judiciaire (ce fort pourcentage plaide pour inscrire la responsabilisation du patient et l'observance comme des éléments importants en faveur de la pertinence des activités) : 58 % ; problème de formation des médecins : 39 % ; absence de référentiels partagés par les médecins : 37 % (49 % chez ceux exerçant depuis moins de dix ans) ; absence de contrôle des pratiques : 27 % ; incitations économiques : 20 %. Enfin, 53 % estiment que les risques de mise en cause judiciaire ont modifié leur exercice en incitant à la réalisation d'examens supplémentaires.

La DGOS (ministère des Solidarités et de la Santé) publie en décembre Le guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins. Le but de ce guide très complet d'un point de vue conceptuel est, en particulier, d'identifier les enjeux régionaux d'amélioration de la pertinence des soins, de mettre en place un plan d'amélioration régionale de la pertinence des soins sur les thématiques identifiées et de mobiliser les équipes pour la mise en œuvre des actions, et suivre l'avancement et les résultats de la démarche.

(1) Pour mémoire, l'Institute of Medicine établi en 1970 (et depuis peu réinstitutionnalisé en National Academy of Medicine) est un organisme indépendant. Sa mission consiste à rendre des avis avec une finalité centrale d'amélioration de la santé publique. L'Institute of Medicine avait décroché, puis conforté sa notoriété internationale en produisant en particulier deux rapports qui ont sensiblement inspiré l'évolution des systèmes de soins dans l'ensemble des pays développés (« *To Err is Human* » en 1999 et « *Crossing the Quality Chasm* » en 2001).

(2) La version québécoise de « *Choosing Wisely* » (sous le vocable laborieux de « *Choisir avec soin* ») a été lancée. Le site dédié est <http://www.choisiravecsoin.org/>



2013

Le Commissariat général à la stratégie et à la prospective organise en juin un colloque : « Comment rendre la prescription et la réalisation d'actes plus pertinentes ? ».

L'enjeu pour cette institution qui dépend du Premier ministre est clair : « Enjeu à la croisée des questions de prescription, de qualité des soins et de régulation des dépenses, l'encadrement des pratiques médicales est perçu depuis longtemps comme un levier fondamental d'amélioration de l'efficacité du système de santé. » Elle reconnaît que la modification des pratiques a fait l'objet de nombreuses recommandations et dispositions réglementaires, et s'interroge sur les outils d'encadrement et leurs effets (de l'information sur les bonnes pratiques à la validation préalable des prescriptions) et aussi sur l'évaluation et le retour d'information aux professionnels sur leur pratique, leviers majeurs d'efficacité à ses yeux.

L'Académie de médecine, en avril, publie le rapport « Améliorer la pertinence des stratégies médicales ».

Ses recommandations englobent tant les conditions d'exercice, le principe de précaution, l'environnement sociétal, la formation que l'organisation des soins et les rémunérations. En complément, il passe en revue différentes circonstances susceptibles de non-pertinence, et d'un point de vue médical donne quelques conseils.

2014

L'OCDE publie l'étude « Variations géographiques des soins médicaux : que savons-nous et que pouvons-nous faire pour améliorer la performance des soins de santé ? ».

L'utilisation des soins de santé varie beaucoup d'un pays à l'autre, mais aussi au sein des pays, indique l'institution. Certaines des très grandes variations géographiques observées ne peuvent pas être entièrement expliquées par des différences de besoins ou de préférences patient. Les gouvernements devraient redoubler d'efforts pour une meilleure utilisation des services de santé. Ce rapport fournit des informations sur l'utilisation des soins de santé pendant dix ans et propose différentes approches pour promouvoir les soins les plus appropriés, tels que : la production et diffusion d'informations sur les taux de recours à certains actes (type atlas) ; la fixation d'objectifs cibles (par exemple, réduction de x % du taux d'exposition aux radiations ionisantes) ; un retour d'information pour les professionnels et les organisations sur leurs pratiques, comparées à celles de leurs pairs ; la production d'aides à la décision pour favoriser les décisions partagées ; et des incitations financières.

Le Monde titre à la une de son supplément « Science & médecine » en septembre « Excès sur ordonnance » et décrit la situation telle qu'il la voit : « Prescriptions injustifiées de médicaments, surabondance d'examens, actes chirurgicaux inutiles... Des médecins alertent sur ces abus croissants qui entraînent des risques pour les malades et des gaspillages financiers. » Sur deux pages : « Prescriptions, à la limite de l'overdose ».



2015

La revue ADSP du Haut Conseil de la santé publique publie un dossier spécial titré « Pertinence des soins et variations des pratiques médicales ».

Cet ensemble aborde la pertinence dans toute sa diversité, à l'aide de nombreux exemples et témoignages. Il vise à mieux faire connaître l'importance de la non-pertinence des soins, de ses conséquences et des initiatives mises en œuvre en France. « La non-pertinence des soins a d'abord été étudiée au travers des variations injustifiées des pratiques, mais elle ne peut se limiter à cela », souligne Philippe Michel dans l'éditorial. Le suivi des recommandations doit être incité soit directement soit *via* des incitations financières. Et aussi, pourquoi ne pas recueillir l'avis des malades, est-il suggéré. Un nouveau concept est avancé : la prévention quaternaire qui, au-delà des trois premiers temps bien connus de la prévention, est définie comme l'ensemble des actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation.



2016

L'Atlas national des variations des pratiques médicales, publié en France le 24 novembre, provoque une sorte de séisme dans les milieux spécialisés

Il met au grand jour l'« hétérogénéité » importante des pratiques ne s'expliquant pas par les caractéristiques des patients. Réalisé grâce au concours du « groupe technique » national Pertinence, rassemblant la DGOS, l'Atih, la CNAMTS et la HAS, ainsi qu'à celui de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

L'atlas concerne dix thématiques parmi les trente-trois priorités nationales :

- amygdalectomie ou ablation des amygdales ;
- appendicectomie ou chirurgie de l'appendicite ;
- césarienne ;
- chirurgie bariatrique ou de l'obésité ;
- chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate ;
- chirurgie du syndrome du canal carpien ;
- cholécystectomie ou ablation de la vésicule biliaire ;
- hystérectomie ou ablation de l'utérus ;
- pose d'une prothèse du genou ;
- thyroïdectomie ou ablation de la thyroïde.

Le diagnostic ainsi posé a été largement diffusé et commenté, restait à approfondir l'analyse et en tirer des conclusions opérationnelles concrètes et efficaces, ce à quoi de nombreux experts se sont attelés sans qu'un consensus pragmatique ne s'impose.

D'autres atlas avaient déjà été publiés : dans les années 1990 aux États-Unis, au Canada et aux Pays-Bas ; en 2000 en Espagne ; en 2006 en Belgique ; en 2010 au Royaume-Uni et en Australie ; en 2011 en Allemagne. Les informations ne manquent pas. Point n'est besoin de produire d'autres atlas, plaident certains. L'affaire est entendue. Ce qu'il faut maintenant, c'est agir.

Les instances régionales d'amélioration de la pertinence des soins (Irap) sont mises en place à l'été 2016.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 et le décret du 19 novembre 2015 prévoient l'élaboration par chaque ARS, pour quatre ans, d'un plan d'action pluriannuel



2017

régional d'amélioration de la pertinence des soins (Paprap) en établissement en santé, sans intégrer la médecine de ville. Ce dispositif s'inscrit dans le plan triennal Ondam 2015-2017, qui vise « une évolution structurelle de notre système de santé en trois ans, alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses de 10 Md€ à horizon 2017 ».

Le Paprap est élaboré par l'ARS avec l'Assurance maladie et est composé du diagnostic de la situation régionale et des domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de pertinence des soins. Le décret précise le contenu et la procédure de conclusion du contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins, signé entre l'établissement de santé, l'ARS et l'organisme local d'Assurance maladie. Il définit les modalités d'évaluation des objectifs fixés au contrat, ainsi que la procédure de sanction applicable lorsque les objectifs fixés ne sont pas atteints ou lorsque l'établissement refuse de signer le contrat.

Il s'en suit une véritable effervescence. En Bretagne, par exemple, les thèmes retenus dans le plan 2016-2019 sont : la chirurgie du canal carpien ; les appendicectomies ; les thyroïdectomies ; les prothèses totales de hanche ; les soins de suite et de rééducation en orthopédie ; l'ultime chimiothérapie en soins palliatifs ; les biothérapies dans la polyarthrite rhumatoïde ; la prévention de la iatrogénie chez les personnes âgées.

Le contrat d'amélioration de la pertinence des soins, nouveau dispositif contractuel du décret du 19 novembre 2015, sera remplacé par le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, dit « Caqes », qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Son montant sera porté de 60 M€ à 300 M€ en septembre 2018 dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », présenté par le président de la République.

L'OCDE publie « Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé ».

Le constat est direct : « Dans les pays de l'OCDE, une grande partie des dépenses et des activités des systèmes de santé constituent, au mieux, une forme de gaspillage, ou ont, au pire, des effets nocifs sur notre santé. Un patient sur dix dans la zone OCDE subit un préjudice inutile au cours de son traitement. Plus de 10 % des dépenses hospitalières sont consacrées à remédier à des erreurs médicales évitables ou à des infections nosocomiales. »

Tout en affirmant que « jamais les systèmes de santé des pays de l'OCDE n'ont été aussi efficaces pour promouvoir l'amélioration de la santé et l'allongement de l'espérance de vie », l'OCDE précise que selon une estimation prudente le gaspillage représenterait plus de 20 % des dépenses totales aux États-Unis, avec un maximum proche de 50 % ; qu'en Australie, on serait proche d'un tiers ; et qu'aux Pays-Bas, la lutte contre le recours excessif aux soins et le renforcement de leur intégration permettraient d'économiser 20 % sur le budget des soins aigus.

Le Sénat publie un rapport aussi complet qu'alarmant. Fort des nombreuses auditions réalisées et après un historique détaillé de la problématique, il déplore que les nombreuses actions déjà engagées se heurtent à des limites, que leurs résultats progressent à un rythme insuffisant et que la démarche de pertinence engagée n'a pas atteint une capacité d'entraînement de l'ensemble des acteurs pourtant indispensable à son succès. Il préconise de :

- donner une nouvelle impulsion à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins ;
- décloisonner les acteurs pour favoriser la transmission et le partage des informations ;
- placer les professionnels de santé au cœur de la démarche ;
- sensibiliser le public pour agir sur les comportements ;
- faire évoluer les modes de financement selon un cadre plus incitatif.

Le 18 septembre, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, annonce le lancement des travaux de la stratégie nationale de santé 2017-2022 (prévue dans la loi de 2016). « La nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins » fait partie des quatre priorités au même titre que « la prévention



2017 (suite)

et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux », « la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé » et « l'innovation ». Dès son entrée en fonction, la ministre a martelé que la pertinence des soins serait au cœur de son action.

À la fin de l'année, la stratégie désormais 2018-2022 est rendue publique. Elle s'est enrichie de quelques autres priorités, mais la pertinence garde une place de choix : il s'agit de « développer une culture de la qualité et de la pertinence ». « Le système de santé doit garantir la pertinence des pratiques afin d'améliorer la qualité du service et de limiter les dépenses évitables. Une part notable des (ré)hospitalisations est ainsi évitable, notamment celles, fréquentes, liées à des problèmes médicamenteux (iatrogénie, problème d'observance et sous-traitement) ou un suivi post-hospitalisation non optimal. On estime entre 20 % et 30 % la part des prescriptions non pertinentes. »

« La question de la pertinence offre un lien direct entre qualité, sécurité et efficacité. Un acte, une prescription ou une intervention non pertinents sont potentiellement délétères, d'un point de vue individuel, mais aussi collectif. En effet, y compris pour des choix *a priori* anodins, de forts volumes à l'échelle de la population ont des implications en termes de dépenses et d'effets indésirables. »

« Récemment, des progrès ont été réalisés dans tous les secteurs : réduction des durées de séjour à l'hôpital, développement de la chirurgie ambulatoire, diminution des appendicectomies, des ménisectomies, de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants, diminution de l'utilisation des psychotropes, etc. Pour que ces efforts se poursuivent, il s'agit de faciliter la diffusion des recommandations, de soutenir les initiatives des professionnels et de les intéresser à l'adoption des meilleures pratiques en pertinence médicale. »

« Dans les prochaines années, propose le ministère sans entrer dans les détails ni définir un mode opératoire, il sera donc nécessaire de :

- faire évoluer les modèles de financement pour qu'ils incitent à la qualité et la pertinence des soins (tarification au parcours ou à l'épisode de soins, et non pas seulement au volume d'activité) ;

- inciter les patients et les professionnels à discuter davantage de la balance bénéfice/risque de leurs prescriptions ou des actes tels que les interventions chirurgicales ;
- rendre accessibles les recommandations de bonnes pratiques, via les groupes qualité, des formats plus adaptés ou au travers d'outils numériques (aide à la prescription et à la décision) ;
- promouvoir le bon usage des produits de santé en établissements et en ville, et notamment lutter contre la polymédication et la iatrogénie, notamment chez les personnes âgées. »

La Cour des comptes, en novembre, recommande que « la surveillance et le contrôle doivent être concentrés sur la pertinence, la qualité et la sécurité des soins » dans son rapport thématique « L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs ». La Cour, comme à son habitude, dit les choses sans ambages : « Les mécanismes de régulation à portée générale à force d'inadaptation, d'insuffisance ou d'inefficacité peinent à remplir leur mission et ne permettent pas en définitive de garantir à l'assuré la qualité et la sécurité des soins auxquels il a droit. »

La Cour propose quatre pistes :

- orienter la certification des établissements de soins vers la mesure de la qualité médicale et son exploitation ;
- construire un système de contrôle de la qualité des soins de ville ;
- établir et diffuser des pratiques médicales de référence ;
- faire de la réduction des coûts liés à la non-qualité des soins une cible prioritaire d'économies.

Elle consacre aussi un long développement aux mécanismes de rémunération, tarification et financement qui sont « inadaptés » et ne favorisent en rien la pertinence des actes. C'est un euphémisme.

Le Journal du dimanche titre le 26 novembre « Le scandale des opérations inutiles ». Il détaille l'étude de la FHF, qui dévoile des différences importantes sur cinq



2018

interventions clés selon les départements : césarienne ; pontage coronarien ; chirurgie de la colonne vertébrale ; pose d'un stent coronarien ou vasculaire ; et chirurgie du cristallin. « Ces inégalités géographiques révèlent des abus dans les pratiques médicales », note le journal. Un sondage Odoxa pour la FHF indique que 9 médecins interrogés sur 10 ont déjà prescrit des actes injustifiés et qu'un tiers des patients se disent concernés, et que 76 % considèrent que les actes médicaux non justifiés (examens, opérations, traitements, etc.) ou pas vraiment utiles constituent un problème très important (25 %) ou assez important (51 %).



Les pouvoirs publics, le 13 février, vont plus loin. Ils passent de la « stratégie nationale de santé » à la « stratégie de transformation du système de santé » et, en lançant les travaux, le Premier ministre annonce une « consultation active » et quatre chantiers dont le premier est : « Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques », dont l'enjeu est clairement précisé : « Prescrire les bons traitements et les bonnes prises en charge au bon moment. »

Les Echos de cette même date titre « Un plan pour sortir de la course aux actes médicaux ». Il s'agit de sortir le système de santé de l'ornière productiviste, en limitant en particulier la T2A (tarification à l'activité à l'hôpital) à seulement 50 % et en introduisant le financement « à l'épisode de soins ».

Ce chantier est confié, le 9 mars, à trois « pilotes » de renom et d'horizons différents et donc complémentaires. Mais celui-ci donne lieu à trois exposés distincts manifestement non concertés. Certes, chacun est en soi judicieux et passionnant, mais cette juxtaposition est dommageable, justement là où seraient nécessaires un constat et un plan commun d'action reposant sur l'énoncé de priorités et la manière d'y arriver.

La présidente de la HAS, Dominique Le Galudec, insiste sur son « engagement total » et décrit par le menu sa stratégie pour « mettre en place en 2018 et systématiser à partir de 2019 des indicateurs de qualité des parcours sur dix pathologies chroniques parmi les plus fréquentes » en commençant par la BPCO, et pour « renforcer la confiance des usagers en mesurant systématiquement leur satisfaction au décours d'une prise en charge ». Ceci aura un « impact financier fort », des renforts de moyens sont nécessaires, précise la présidente.

Alain-Michel Ceretti, président de France Assos Santé, quant à lui, focalise son propos sur la nécessité de « rendre accessible aux usagers l'information sur la qualité et la sécurité des soins » pour « qu'ils puissent choisir l'établissement ou le professionnel de santé le plus adapté à leurs attentes et leurs besoins ». Il déplore que l'information officielle soit fragmentée, hospitalo-centrée, produite et diffusée à l'échelle d'un établissement, et enfin reposant surtout sur



2018 (suite)

des indicateurs de moyens et non de résultats contrairement à d'autres pays européens. Pas non plus, en France, de données sur l'amélioration rapportée par le malade de son état de santé à la suite d'un épisode de soins ou tout au long d'un parcours. Reprenant le travail de l'OCDE sur ce dernier point, il recommande la création d'une plateforme « unique et intégrée » d'informations sur la qualité et la sécurité des soins, première brique « d'un service interactif d'orientation et d'évaluation de son parcours de soins ». Étonnamment, le coût financier de cette mesure est jugé « modéré », peut-être pour ne pas effrayer les pouvoirs publics.

Olivier Lyon-Caen, médecin-conseil national de la Cnam, pour sa part, insiste d'entrée de jeu sur l'importance d'impliquer les professionnels de santé. Deux projets d'expérimentation sont décrits, l'un avec les cardiologues sur l'insuffisance cardiaque, l'autre avec les rhumatologues sur l'ostéoporose, les deux avec les médecins généralistes. Les propositions se veulent « pratiques, pragmatiques, opérationnelles ». Elles pourront être « suivies et évaluées grâce à des indicateurs aisément accessibles permettant d'en mesurer les effets et donc aussi de favoriser l'appropriation de la démarche ». Ces projets doivent encore être présentés aux usagers, à la médecine de ville ou hospitalière, aux paramédicaux, responsables d'établissement, économistes de la santé, experts éthiques, aux ordres professionnels, etc. Cela fait beaucoup de monde.

Ces trois propos sont complémentaires et fort intéressants. Ils montrent la diversité des approches. Mais celles-ci devront un jour ou l'autre – le plus tôt sera le mieux – s'inscrire dans une stratégie pragmatique d'action. Il manque une nouvelle fois et pour le moment un chef d'orchestre. Cela doit-il être l'État, l'Assurance maladie ou une haute autorité comme la HAS ? Il est souvent reproché aux professionnels de santé de travailler en silos, de ne pas assez coopérer en équipe de manière coordonnée. Manifestement, ce constat ne concerne pas qu'eux.

La pertinence des soins est aussi abordée dans le cadre de ce même chantier dans le rapport « Mode de financement et de régulation » de Jean-Marc Aubert, directeur de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Le constat est une nouvelle fois sans hésitation : « Le système de financement actuel ne permet pas d'éviter le financement d'actes non pertinents. » La solution proposée à l'époque est pour le moins volontariste : « L'objectif est de cibler des régions pour lesquelles les taux de recours à

certaines gestes ou spécialités s'écartent significativement de la moyenne nationale (plus de deux fois l'écart-type). Pour ces régions et au sein de celles-ci dans les départements concernés et pour ces gestes ou activités, une partie de l'activité (environ la moitié) serait financée forfaitairement et le reste le serait au groupe homogène de séjour [GHS], mais avec un tarif divisé par 2. » Cette mesure choc ne sera pas reprise dans le rapport de la task force missionnée par la ministre et dirigée par le même Jean-Marc Aubert : « Réformes des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné. » (Voir plus loin)

La HAS, en juillet, dans son plan stratégique 2019-2024 affiche sa volonté de « mieux intégrer la pertinence » et les résultats pour les usagers dans les dispositifs d'évaluation de l'offre de soins et de l'accompagnement ». Il s'agit de l'axe quatre parmi les six du plan. La HAS a pour objectif d'« adapter ses dispositifs d'évaluation des pratiques et des organisations :

- en renforçant l'analyse des pratiques professionnelles : dans le cadre de la certification des établissements de santé, de l'évaluation externe des établissements et services médico-sociaux, et dans le cadre d'exercices pluriprofessionnels ou pluridisciplinaires au cours d'un parcours de santé ou de vie ;
- en développant la capacité de la HAS à informer les usagers sur la qualité de l'offre ».

Mi-septembre, les médecins libéraux de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) s'emparent à leur tour de la pertinence des soins avec le thème de leur université d'été : « Pertinence : trouver le bon cap ». Là est en effet la bonne question. Si les nombreux débats n'ont pas permis de dégager une feuille de route concrète, ils ont confirmé avec force la réelle prise de conscience qui repose sur une approche médicale collaborative et co-construite, notamment avec les patients. Le président de ce syndicat rappelant l'air de rien : « Ce qui se fait sans moi se fait contre moi ! »

Le 18 septembre, le président de la République lance « Ma santé 2022 » et Agnès Buzyn en dévoile les composantes, dont la qualité des soins et en particulier la pertinence des soins, qui reposent sur :

- des guides de prise en charge pour l'insuffisance cardiaque et l'ostéoporose d'ici à la fin de l'année (2018)



et un élargissement de la démarche aux principales pathologies chroniques pour fin 2019, « dont les professionnels seront à la fois les concepteurs, les promoteurs et les utilisateurs au profit des patients » ;

- mesure systématique d'indicateurs d'efficacité clinique et d'expérience patient sur les dix parcours présentant le plus d'enjeux en santé publique et diffusion des résultats ;
- création de financement au forfait pour les pathologies chroniques : diabète et insuffisance respiratoire chronique dès 2019.

Fin octobre, la pertinence des soins est incluse dans la loi.

C'est par l'adoption d'un amendement de dernière minute du gouvernement au projet de loi de financement de la Sécurité sociale que les écarts de pratiques risquent d'être sanctionnés de manière plus ferme.

L'exposé des motifs de l'amendement est clair : « L'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins est une priorité de l'action du gouvernement. Il convient de dynamiser les actions conduites par les établissements de santé et les professionnels y exerçant pour que les pratiques se rapprochent plus rapidement des recommandations. La mesure proposée a pour objet de renforcer les incitations à prendre des mesures correctrices pour les établissements dont les pratiques s'écarteraient significativement des recommandations relatives à la pertinence des actes, prestations et des prescriptions et des parcours de soins ou dont l'activité serait significativement en écart par rapport aux établissements ayant une activité comparable.

Le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins établi par les ARS faisant apparaître les atypies, les établissements concernés seraient tenus d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins.

Par ailleurs, lors du renouvellement d'autorisation, l'évaluation réalisée à cette occasion devrait prendre en compte le respect des référentiels de bonne pratique et les résultats du programme d'amélioration de la pertinence.

Le bénéfice attendu de la mesure, qui vise à mobiliser les établissements et les professionnels, est une meilleure qualité des soins. »

Et, au cours des débats au Parlement, la ministre des Solidarités et de la Santé a insisté : « L'idée est d'informer chaque établissement de soins sur le caractère excessivement déviant de ses pratiques par rapport à la moyenne nationale et d'encourager les professionnels de santé à réfléchir à leurs façons de procéder, notamment en vérifiant qu'ils se conforment aux procédures habituelles publiées par les sociétés savantes et s'inscrivent dans une démarche d'amélioration de leurs pratiques médicales. »

Mais en fait l'idée de cet amendement est plus brutale. Il vise à frapper au portefeuille les établissements qui ne rentreraient pas dans les clous. Cette mesure de « désincitation financière » donne la possibilité à la Cnam de réclamer aux établissements concernés un remboursement des sommes perçues pour les actes réalisés sans agrément.

Le 6 novembre, la « pertinence de la prescription des antibiotiques » est dans le collimateur de la Cour des comptes. La Cour envoie un référé (rendu public en février 2019) à Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, et lui demande de réagir à la situation où la Cour déplore « l'échec des deux derniers plans de réduction de la consommation d'antibiotiques en ville, des écarts inexplicables qui interrogent les pratiques professionnelles et des pratiques de prescription et de dispensation inflationnistes ». La consommation de la France est trois fois supérieure à celle des Pays-Bas, ce qui correspond à 400 M€ d'économies potentielles. La ministre lui répond que la « pertinence des soins et des prescriptions est l'un des objectifs de la stratégie nationale de santé » de 2017 et décrit toute une batterie de mesures en cours : campagne de sensibilisation ; augmentation de la fréquence d'utilisation des Trod (tests rapides d'orientation diagnostique) ; développement de tests diagnostiques pour mieux cibler les traitements ; intégration de systèmes d'aide à la décision dans les logiciels métier des prescripteurs en cours d'étude avec la HAS ; dispensation à l'unité des antibiotiques ; formation des futurs prescripteurs dans le cadre des nouveaux cursus en cours d'élaboration ; développement professionnel continu à partir de 2020 ; rémunération sur objectifs de santé publique renforcée en 2016 ; et instruction explicative à venir pour les médecins coordinateurs des Ehpad.

En novembre également, c'est aux médecins spécialistes de se pencher sur la pertinence des soins, lors de leurs deuxièmes états généraux. Pour eux, l'expertise, qui est leur fer de lance, est étroitement liée à la pertinence.



2018 (suite)

Toujours en novembre, l'Irdes publie une synthèse documentaire : « La pertinence des soins en France : les principaux dispositifs et leurs évaluations ». Son diagnostic n'est guère enthousiaste. « À partir d'une analyse des rapports "Charges et produits" de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) et de la littérature scientifique, cette synthèse a pour objectif d'identifier les dispositifs de pertinence de soins développés en France – tant à la destination des professionnels de santé que des patients – ainsi que leurs évaluations existantes. Si la plupart des outils mis en œuvre, comme les incitations financières, les actions ciblées ou les recommandations médicales, se révèlent d'une efficacité de faible à modérée, conjugués entre eux ils s'avèrent avoir un impact certain sur les pratiques médicales, mais limité dans le temps. Enfin, s'il ne semble pas y avoir un remède "miracle", les outils numériques d'aide à la décision et de diffusion des informations ainsi que l'implication des patients présentent des résultats intéressants et pourraient bien être, dans les années à venir, un levier important de l'amélioration de la pertinence. »

Le 19 novembre, Agnès Buzyn donne le coup d'envoi du déploiement de « Ma santé 2022 » avec les professionnels de santé réunis au ministère des Solidarités et de la Santé et les enjoint d'aller vite. Il y a en effet urgence à trouver le bon tempo.

2019

Le 29 janvier 2019, la pertinence des soins est largement abordée dans le rapport de la task force missionnée par la ministre et dirigée par Jean-Marc Aubert : « Réformes des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné ». Là encore, il est souligné que « le financement favorise insuffisamment la qualité, la prévention et la coordination des soins, et peut inciter à la réalisation de soins non pertinents ». Un nouveau système de financement global et combiné, somme toute assez disruptif, est proposé pour en particulier favoriser la pertinence des soins. Il repose sur la réduction de la tarification à l'activité à l'hôpital comme en ville, le développement de forfaits notamment pour le suivi des pathologies chroniques et le renforcement des incitations financières à la qualité et à la pertinence. À la ministre, après concertation avec les professionnels, les patients, les parlementaires et l'ensemble des régulateurs, de proposer « un schéma cible » qui sera introduit dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020.

à suivre...





CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

COMMENT L'ONDAM ET UNE MEILLEURE ARTICULATION DES ACTEURS INSTITUTIONNELS POURRAIENT RENFORCER LA PERTINENCE DES SOINS

Félix FAUCON, Enseignant à Sciences Po Paris et à l'EHESP

L'ONDAM ACTUEL EST UN TROMPE-L'ŒIL

La construction des sous-objectifs de l'Ondam ne répond pas à une unité de lieu, ni à une typologie des prises en charge, ni à une unité de statuts (l'activité des professionnels de santé salariés des centres de santé est incluse dans le sous-objectif « de ville »). La subdivision de l'Ondam obéit en fait à la logique de segmentation de la régulation entre, principalement, l'État, la Cnam et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les agrégats qui composent les sous-objectifs relèvent pour l'essentiel de l'histoire et du partage des tâches entre ces acteurs.

Ainsi, le sous-objectif « de ville » porte des dépenses transversales comme les indemnités journalières, des dépenses issues des prescriptions hospitalières (médicaments, transports, soins paramédicaux), mais effectuées hors établissements de santé, et les honoraires des professionnels de santé libéraux exerçant en établissement de santé, soit de pures dépenses hospitalières. Inversement, les sous-objectifs « établissements de santé » intègrent les actes et consultations externes effectués par les praticiens salariés des hôpitaux publics, identiques à ceux pratiqués par leurs confrères libéraux et répondant à la même tarification (classification commune des actes médicaux – CCAM).

Mais le Fonds d'intervention régional (FIR) lui-même donne à croire que les marges de manœuvre dont disposent les ARS⁽¹⁾ représentent un peu plus de 3 Md€ par an. Or, le FIR est en fait rigidifié à la fois par des dépenses fléchées sur lesquelles les ARS ont peu de prise, et par les engagements pluriannuels pris par les ARS elles-mêmes (aides à l'investissement, par exemple).

Le maintien de la régulation actuelle et de ses rigidités explique au moins en partie, par exemple, pourquoi une expérimentation aussi cruciale que Paerpa⁽²⁾, initiée en 2013, n'a toujours pas débouché, cinq ans plus tard, sur des outils et des modes de financement génériques.

(1) Agences régionales de santé.

(2) Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ; neuf programmes pilotes en 2013, sept autres en 2016 après la reprise du projet sous l'égide du « Pacte territoire santé 2 ».

CONSTRUIRE UN ONDAM PAR DESTINATION POUR PROMOUVOIR LA PERTINENCE

La volonté du gouvernement de diversifier les modalités de financement des activités financées par l'Assurance maladie ouvre pourtant la voie à des transformations radicales de l'Ondam. Mais le principe de réalité impose de considérer qu'un « big bang » des financements n'est pas envisageable, tant pour des raisons techniques que politiques : en conséquence, la coexistence sur le long terme de financements actuels et à inventer est incontournable.

Il convient d'abord de prendre acte de l'hétérogénéité de l'offre de soins tant entre les régions qu'au niveau infrarégional. Dès lors, si certains parcours de soins relèvent de pratiques homogènes sur la plupart des territoires et forment de bons candidats pour une modélisation et la détermination au niveau national d'un forfait financier associé, d'autres en revanche sont très dépendants de la réalité de l'offre de soins au niveau local ainsi que de la volonté de coopération des acteurs. Ceci plaide pour en laisser l'initiative au niveau régional, donc pour conforter les possibilités de fongibilité permettant d'accompagner les transformations organisationnelles conçues par les ARS. En second lieu, les approches populationnelles devraient conduire à accélérer la mise en place de paiements forfaitaires pour certaines catégories de patients, notamment les patients âgés.

Ainsi, il est concevable de construire un Ondam composé de sous-objectifs définis par la finalité des dépenses, eux-mêmes subdivisés en tant que de besoin en différentes catégories fongibles, et dont la lisibilité serait accrue pour la représentation nationale comme pour les citoyens :

- **Prévention, veille et sécurité sanitaire** : ce sous-objectif permettrait de présenter la réalité (la modicité, en fait) des ressources allouées à cette finalité. Seraient agrégés les dépenses de vaccination, les plans de dépistage, les campagnes d'information et d'éducation à la santé, celles liées à la prévention des effets du vieillissement et qui relèvent aujourd'hui à la fois du sanitaire et du médicosocial ;



CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

- Soins aigus : seraient agrégées les dépenses relatives à des prises en charge non itératives et ne nécessitant qu'un suivi limité dans le temps, qu'elles soient réalisées en ville ou à l'hôpital (y compris la part des soins de suite et de réadaptation liés à des prises en charge de courte durée et non récurrentes), ainsi que la permanence des soins ;
- **Maladies chroniques et longs séjours** : l'ensemble des financements relatifs à ces pathologies et portés aujourd'hui par les sous-objectifs « de ville » et « établissements de santé » (y compris les soins de suite et de réadaptation [SSR] et les unités de soins longue durée [USLD]) serait inscrit dans ce nouveau sous-objectif. Un sous-ensemble « parcours » permettrait la fongibilité des financements actuels au fur et à mesure de la généralisation de parcours déterminés au niveau national, et une large facilité de fongibilité serait accordée aux ARS (sous condition de la maîtrise de la dépense) pour fusionner les financements existants aux fins de développer des parcours adaptés aux réalités des territoires de santé ;
- **Grand âge, handicap et dépendance** : l'entrée dans le grand âge d'un nombre grandissant de personnes handicapées milite pour la réunion des sous-objectifs actuels et leur fongibilité au sein du même sous-objectif. Le financement de la dépendance et les formes futures de sa prise en charge auraient vocation à intégrer ce sous-objectif composé de ces grandes finalités d'intensité croissante ;
- **Coordination et missions d'intérêt général** : seraient agrégées les dépenses relatives aux missions d'intérêt général, aux aides à l'investissement consenties au cas par cas ou dans le cadre des plans passés, et à la coordination des acteurs de santé et de soins éventuellement abondées via la fongibilité transversale entre ce sous-objectif et tous ceux qui précèdent.

REFONDER UNE RÉGULATION ADAPTÉE AUX NOUVELLES ORGANISATIONS

Une telle évolution poserait la question du maintien du morcellement actuel de la régulation entre cinq acteurs principaux : l'État, la Cnam, la CNSA, la HAS et les conseils départementaux.

Les difficultés techniques à surmonter pour concevoir de nouvelles modalités de financement militent pour un regroupement des moyens. Créer une agence de la régulation

en regroupant la sous-direction⁽³⁾ concernée de la DGOS⁽⁴⁾, la direction déléguée à l'offre de soins de la Cnam, la CNSA et l'Atih⁽⁵⁾ permettrait de constituer une entité de plus de six cents agents à forte compétence technique et, sans doute, de générer des gains d'efficacité. Ceci permettrait également de constituer un système dual, simplifié, reposant sur deux entités surplombées par l'État : cette nouvelle agence en charge de la régulation financière, et la HAS en charge de la régulation par la qualité.

Par ailleurs, les marges de manœuvre considérables laissées aux ARS imposent que soit garantie leur impartialité. Deux voies complémentaires pourraient y contribuer. Principalement, dégager les ARS de leur rôle de tutelle des hôpitaux publics : l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap)⁽⁶⁾, renforcée par la sous-direction concernée⁽⁷⁾ de la DGOS, pourrait assurer ce rôle. Dès lors, les ARS n'interviendraient que lorsqu'un établissement en difficulté, quel que soit son statut, ferait peser un risque sur la complétude et la continuité du service public hospitalier. Ensuite, conformément à la réglementation interne et communautaire⁽⁸⁾ relative à l'égalité de traitement des acteurs par la puissance publique, imposer la transparence des décisions relatives à toute allocation de deniers publics.

Un regard distancié sur les dix dernières années permet de faire ce constat : sans cesse annoncé, le traitement de l'articulation des rôles entre les différents acteurs de la régulation a toujours *in fine* été éludé. De même, les imperfections de l'Ondam ont été abondamment analysées sans qu'il connaisse réellement d'évolutions, hors création du FIR. Cet immobilisme constitue le principal obstacle à la généralisation de nouveaux modes de financement mis à l'appui d'une amélioration de la pertinence de la consommation de soins. Mais l'*empowerment* des patients, entendu non seulement comme l'affirmation de leurs droits, mais aussi comme un rappel de leurs responsabilités, constitue l'autre tabou auquel personne ne se risque à toucher.

(3) Sous-direction de la régulation.

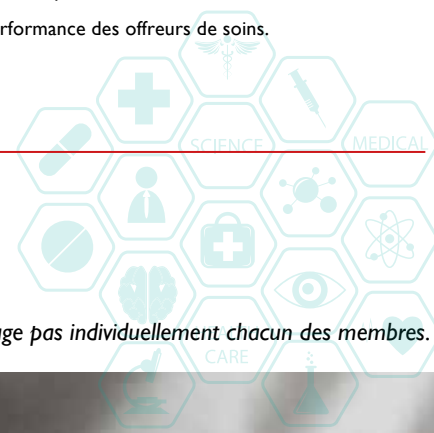
(4) Direction générale de l'offre de soins.

(5) Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

(6) Agence nationale d'appui à la performance.

(7) Sous-direction de la performance des offreurs de soins.

(8) Aides d'État.



POUR LES INTERNES, LE FREIN PRINCIPAL À LA PERTINENCE DES SOINS À L'HÔPITAL EST LA T2A

Antoine REYDELLET, Président de l'Isni

Pour nous, le frein principal à la pertinence des soins à l'hôpital est la T2A. En effet, la vague de bilan pour voir si une personne n'est pas carencée en vitamine D ne vient pas d'une inquiétude des chefs de service que leurs patients ne prennent pas suffisamment le soleil, mais bien du fait qu'un patient en déficit de vitamine D, eh bien, c'est un patient qui va rapporter plus, car il « cotera » mieux.

Je pousserais même la réflexion plus loin en disant que la T2A peut empêcher la pertinence. Ainsi en psychiatrie, chez des patients dépendants alcooliques, il n'est pas rare de découvrir d'autres dépendances, or les conseils de prévention et le bilan de ces dépendances associées ne cotent quasiment rien. Cela n'encourage donc pas à les réaliser. Ainsi, en résumé de cette première partie, notre patient alcoolique sortira peut-être sevré d'alcool, mais toujours tabagique et accro aux jeux. Après, ce n'est pas grave, car il ne sera plus carencé en vitamine D... Encore une vie de sauvée !

Je pense qu'il est important d'émettre des points de vigilance sur la pertinence à tous prix. Ainsi, un soin réalisé en hôpital,

qui aurait pu être réalisé en ambulatoire, peut sembler être non pertinent au niveau du lieu de réalisation de l'acte. Cependant, il est important de rappeler que l'hôpital n'est pas juste une structure de soin, mais également d'apprentissage. Ainsi, le glissement des soins de l'hôpital vers l'ambulatoire doit être accompagné d'un glissement de la formation dans le même sens si l'on veut continuer de former des médecins et surtout si on veut leur donner des méthodes de travail conduisant à des soins pertinents.

UNE BASE DE DONNÉES « NÉGATIVES »

Pour accompagner la pertinence, il serait également intéressant de créer une base de ce qui ne fonctionne pas. En effet, nombre d'études sont publiées sur ce qui fonctionne et sur ce qui est pertinent, en revanche il n'existe pas à ma connaissance une base de données française ou européenne ou mondiale répertoriant tout ce qui n'est pas pertinent en soin. Cela permettrait ainsi de faire économiser des moyens humains, mais également financiers et d'améliorer la prise en charge du patient avec un soin plus adapté à sa pathologie.



UN **FAST TRACK** DIAGNOSTIC EN CANCÉROLOGIE

Adrien MICHAUD, Health Economics & Market Access Manager, HealthTech Solutions. Philips France

DÉFINITION DE LA PERTINENCE : LE SOIN OPTIMAL, AU BON PATIENT, AU BON MOMENT.

La pertinence des soins se traduit par l'abandon des processus inutiles, synonymes de charges financières pour le système, de perte de temps pour les patients, de performances de prise en charge détériorées. Cette pertinence doit s'articuler autour de parcours cadrés, par type de pathologie et de prise en charge, avec des variations possibles à la marge. Les parcours séquencés actuels, financés au coup par coup, n'ont plus lieu d'être puisqu'ils introduisent justement ce biais de pertinence par ces voies de financement. Les rémunérations favorisant la qualité et l'efficacité des prises en charge participent sans nul doute à la pertinence de celles-ci.

1) Freins :

- manque d'interopérabilité des systèmes d'information ;
- rigidité des structures et des processus ;
- corporatismes médicaux et paramédicaux ;
- mode de financement.

2) Leviers :

- nouveaux modes de financement à la performance (ou l'efficacité qui introduit la notion de rationalisation des charges) ;
- introduction de nouveaux critères d'évaluation de la performance en et hors des murs des structures de soins ;
- transparence des performances des établissements en charge des soins et du suivi ;
- déremboursement des actes inutiles ou non recommandés ;
- accélération de l'accès au marché du déploiement des solutions et bonnes pratiques innovantes. Les systèmes d'évaluation et de recommandations doivent être plus performants. À l'heure actuelle, une solution arrivant sur le marché, récemment remboursée ou une pratique nouvellement recommandée par les autorités et l'état de l'art sont déjà depuis longtemps dans le paysage (plusieurs années). Les sociétés savantes et les tutelles doivent être plus réactives, moins conservatrices et surtout plus collaboratives afin de proposer aux soignants et aux patients les meilleurs outils et processus quasiment en temps réels.

Projet dans le cadre de l'art. 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2018 porté par un établissement francilien.

Le principe de ce projet est de fournir un bilan complet rapide et précoce, en sept jours, aux patients adressés pour suspicion de cancer des voies aériennes et digestives supérieures afin de mettre en place le plus tôt possible la meilleure stratégie thérapeutique issue d'une médecine de précision.

Ce projet souhaite répondre à plusieurs problématiques du parcours oncologique classique :

- l'errance thérapeutique du patient, dans un parcours séquencé. Ce point participe à l'inefficacité des parcours avec des répercussions sur les délais de prise en charge. La lenteur du parcours séquencé jusqu'à la décision de la prise en charge thérapeutique est en défaveur du pronostic vital et génératrice de comorbidités de la maladie pour le patient ;
- la passivité du patient vis-à-vis de sa prise en charge et l'information donnée au patient ;
- l'optimisation des flux de patients dans cette indication pour plus de prises en charge et de meilleure qualité.

Dans cette expérimentation, l'exhaustivité des examens est réalisée dans un cadre temporel rigide. Le parcours est jalonné par des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) que l'on souhaite pertinentes et systématiques, au sens où les prises de décision sont réalisées en présence de tous les éléments diagnostics et de l'avis de tous les spécialistes. Le volet biologie moléculaire y serait notamment développé et financé en routine clinique, afin d'adapter le plan de traitement le plus personnalisé possible.

D'autre part, Philips accompagne le projet par la mise à disposition d'un outil de RCP numérique agile, interopérable, complet et ergonomique afin que chacun des acteurs puisse prendre part aux discussions et aux décisions avec tous les éléments diagnostics et cliniques à disposition. Cette solution est dotée d'une intelligence artificielle (IA) permettant de confronter l'ensemble des données et de proposer plusieurs possibilités de traitement, selon l'état de l'art et les dernières publications, et des données du patient. De plus, il est capable d'adresser le patient aux essais



cliniques dans lesquels il est éligible directement *via* ce dossier patient oncologique.

Ce projet porte la notion de pertinence dans sa proposition de *fast track* diagnostic sans perte de temps inutile, voire délétère en termes de comorbidités pour le patient et le système de prise en charge. Mener les examens en parallèle

sur une période resserrée est un gain de temps participant à l'efficacité des parcours. La pertinence, quant à elle, se trouve dans la prise en charge diagnostique exhaustive menant au meilleur des plans de traitement et la meilleure stratégie thérapeutique possible pour un patient et à un moment donné.

UN LOGICIEL POUR DÉBUSQUER LES JOURNÉES D'HOSPITALISATION NON PERTINENTES

Valéry TROSINI-DÉSERT, Service de pneumologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix, Master 2 gestion et économie de la santé (Cnam)

La recherche de l'utilisation la plus efficace possible des services de santé, à qualité de soins constante, constitue aujourd'hui un objectif prioritaire des administrations sanitaires. L'analyse de la pertinence des journées d'hospitalisation et des raisons de non-pertinence s'inscrit dans cette démarche. Ainsi, les médecins et personnels soignants doivent-ils s'intéresser à la non-pertinence des soins et séjours hospitaliers, source de risque et de non-qualité dans la prise en charge des patients.

Par ailleurs, d'un point de vue économique, des séjours hospitaliers non nécessaires ajoutent des coûts sans bénéfice au niveau de la santé. Il est largement reconnu qu'une certaine partie des ressources hospitalières est utilisée de manière inadéquate, dans le sens où des patients reçoivent certains services ne leur procurant aucun bénéfice significatif ou des services qui peuvent être fournis dans une institution de moindre coût ou en ambulatoire.

L'un des moyens de tendre vers cette optimisation des ressources hospitalières est d'identifier les séjours ou les journées d'hospitalisation médicalement « non pertinents », qui représentent environ 30 % des séjours/journées d'hospitalisation⁽¹⁾⁽²⁾, pour mettre en place des solutions correctives. La DGOS⁽³⁾ a d'ailleurs affirmé sa volonté de promouvoir des démarches nationales d'amélioration de la pertinence, qui impliquent de disposer d'outils utilisables à l'échelle nationale et selon des axes stratégiques diversifiés⁽⁴⁾.

Dans ce contexte, une étude de revue de pertinence des journées d'hospitalisation a été menée au sein du groupe hospitalier Saint-Joseph à Paris en 2015, dans deux services

(rhumatologie et cardiologie), en s'appuyant sur un outil informatisé de revue de pertinence des soins. Cette étude pilote a permis de montrer la faisabilité d'une revue de pertinence informatisée et quotidienne pour chaque patient.

La revue de pertinence des journées d'hospitalisation quotidienne a été réalisée par une infirmière référente ou par un cadre de santé dans les deux services concernés, en s'appuyant sur les critères cliniques prédéfinis du logiciel Medworxx. Les critères cliniques de cet outil informatique s'appuient sur plusieurs outils de revue de pertinence des soins existant déjà, en particulier le projet canadien Continuum et l'AEP⁽⁵⁾. Depuis 2004, environ deux cents hôpitaux, essentiellement canadiens, utilisent ce logiciel.

Résultats : les journées non pertinentes pour un patient par ailleurs cliniquement stable pour une sortie (= taux d'évitabilité) était de 31 % pour la rhumatologie et de 46 % pour la cardiologie.



(1) Revue de pertinence des soins-HAS 2004. Ces résultats sont basés sur l'utilisation d'une grille de pertinence « *Appropriateness Evaluation Protocol* » (AEP) adaptée à la France (AEPF) (voir annexes 1, 2 et 3).

(2) Lang T. An European version of the Appropriateness Evaluation Protocol. *Int J Technol Assess health Care* 1999; 15: 185-97.

(3) DGOS : Direction générale de l'offre de soins.

(4) *Guide méthodologique pour la pertinence des soins*, DGOS, 2012.

(5) *Appropriateness Evaluation Protocol* (critères de pertinence explicites et indépendants du diagnostic) développé en 1981.

CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

Parmi les 211 journées évitables en rhumatologie (31 %) : 150 journées (71 %) le sont pour des raisons médicales ; 34 journées (16 %) le sont pour un problème d'organisation interne à l'hôpital ; et 27 journées (13 %) le sont pour des problématiques d'aval. Parmi les 325 journées évitables en cardiologie (46 %) : 255 journées (78 %) le sont pour des raisons médicales ; 35 journées (11 %) le sont pour un problème d'organisation interne à l'hôpital ; et 35 journées (11 %) le sont pour des problématiques d'aval.

Cette étude pilote a permis de montrer la faisabilité d'une revue de pertinence des soins quotidienne et informatisée, pour chaque patient. Elle a permis également d'aider à l'identification et la compréhension des causes d'inadéquations des séjours permettant d'analyser et d'éviter l'utilisation inappropriée des ressources hospitalières comme la ressource lit. Cette mesure quotidienne de la pertinence permet de suivre au fil de l'eau les données de pertinence et permet ainsi de mettre en évidence des dysfonctionnements éventuels d'ordre organisationnel, ou structurel, et de mettre en place des stratégies d'amélioration : *in fine*, cela permet de piloter l'activité d'un service.

Actuellement, l'outil Medworxx a été repris par une société française (CERCLH) et a été renommé PerTi>Journée. L'ARS est en cours de réalisation d'une expérimentation à l'AP-HP avec cet outil, dont les critères de pertinence cliniques ont été revus selon les pratiques de prise en charge françaises. L'ARS souhaite réaliser un audit basé à partir de l'outil PerTi>Journée, adaptable aux spécificités de certains services pour permettre d'élaborer un diagnostic des causes de non-pertinence des journées d'hospitalisation et de mettre en place un accompagnement pour la co-construction d'un plan d'action.

Offrir aux équipes cliniques la possibilité de déterminer quotidiennement et de façon objective *via* des critères normalisés si chaque patient est au bon endroit, au bon moment et pour la bonne durée, n'est en aucun cas un frein à la bonne prise en charge des patients, mais permet au contraire une amélioration visible et mesurable de la qualité des soins et des parcours de soins, et s'inscrit aussi dans une démarche de réduction des coûts « de la non-qualité » d'un établissement de santé dont font partie les journées d'hospitalisation non pertinentes.

L'ARS Île-de-France souhaite s'appuyer sur cet outil pour mettre en œuvre un projet d'accompagnement de l'évaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation.

La démarche se veut très opérationnelle et est déclinée en deux phases :

1. Réalisation d'un audit court basé sur l'outil PerTi>Journée, adaptable aux spécificités de certains services ;

2. Élaboration d'un diagnostic des causes de non-pertinence des journées d'hospitalisation.

Ce projet ARS doit permettre :

- d'identifier les freins, contraintes et dysfonctionnements ainsi que la perception de situations complexes jusqu'ici mal appréhendées ;
- de discuter avec les autres services, les directions et l'ARS autour de solutions d'amélioration concrètes ;
- d'améliorer la communication entre les professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs ;
- de définir et partager des plans d'action entre différents établissements de santé ;
- de travailler avec l'ARS et les directions afin d'accompagner des besoins clairement identifiés dans le plan d'action ;
- de publier ces résultats sur l'amélioration de la qualité et la pertinence de la prise en charge dans des revues scientifiques, lors de colloques ou de rencontres ;
- de créer plus de liens avec le territoire de santé (SSR, HAD, Ehpad, ville, etc.).

La phase de test et de lancement du projet PerTi>Journée doit avoir lieu dans le courant du 1^{er} semestre 2019 (dans quelques services pilotes APHP).



MyPeBS POUR ÉVALUER LA PERTINENCE D'UNE STRATÉGIE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Sandrine BOUCHER, Directrice stratégie médicale et performance, Fédération Unicancer

L'objectif principal de l'étude appelée « MyPeBS » (My Personal Breast Screening) est de rechercher si la nouvelle stratégie de dépistage basée sur le risque n'est pas inférieure à la procédure standard sur le plan de la réduction du taux de cancers graves.

Cette « étude internationale randomisée comparant, chez les femmes âgées de 40 ans à 70 ans, un dépistage personnalisé en fonction du risque individuel de développer un cancer du sein, au dépistage standard » va débuter en 2019 et porte sur 80 000 femmes volontaires environ (30 000 en Italie, 20 000 en France, 15 000 en Israël, 10 000 en Belgique et 10 000 au Royaume-Uni).

Il s'agit d'une étude dite « de non-infériorité », comparant deux groupes de femmes attribués de façon aléatoire à deux autres groupes, par randomisation (c'est-à-dire par tirage au sort). L'un des deux groupes sera composé de femmes suivant un dépistage habituel selon les recommandations officielles en vigueur, l'autre groupe comprendra des femmes qui suivront un dépistage individualisé, basé sur une évaluation de leur risque personnel d'avoir un cancer invasif durant son existence.

Pour chaque femme, cette évaluation tiendra compte de l'âge, de ses antécédents familiaux, de la densité de ses seins ainsi que d'un test salivaire, réalisé pour une étude de polymorphisme génétique autre que sur les gènes prédisposants BCRA1 et BCRA2 (ces derniers sont recherchés chez la personne ayant un parent touché ; les femmes concernées resteront dans l'essai et se verront assignées à la catégorie « risque élevé avec suivi adéquat »).

Dans le groupe standard de MyPeBS, les femmes suivront un dépistage du cancer du sein conformément aux directives et procédures nationales en vigueur (qui sont toutefois différentes selon les pays) : mammographie tous les deux ou trois ans et/ou tomosynthèse⁽¹⁾ à partir de l'âge de 50 ans pour la France, à laquelle s'ajoutera ou pas une échographie en fonction de la densité mammaire à la mammographie.

Les femmes randomisées dans le groupe basé sur le risque individuel (incluses dès l'âge de 40 ans) devront fournir un échantillon de salive pour l'analyse du risque génétique et leur densité mammaire sera évaluée. Une estimation de leur risque individuel sera effectuée en fonction de ces paramètres et leur programme de dépistage personnalisé, basé sur le risque individuel pour les quatre années à venir, leur sera communiqué.

Dans le groupe basé sur le risque individuel, à partir des différents résultats obtenus et synthétisés, on classera les patientes en quatre niveaux de risque : bas, moyen, élevé et très élevé.

- Pour un risque bas, on effectuera le contrôle mammographique tous les quatre ans.
- Pour les risques moyens, une mammographie tous les deux ans ; si la densité est élevée, on rajoutera une échographie et/ou une tomosynthèse tous les deux ans.
- Pour les risques élevés, il y aura un examen mammographique annuel ; si la densité est élevée, on rajoutera une échographie et/ou 3D tous les deux ans.
- Pour les risques très élevés, les femmes se voient proposer une mammographie et une IRM chaque année jusqu'à 60 ans.

On mesure donc le taux des cancers stade 2 et plus de chaque groupe, on compare statistiquement ces deux groupes afin d'effectuer un calcul de non-infériorité du groupe basé sur le risque par rapport au groupe standard.

Mais d'autres éléments seront examinés également :

- le taux de faux positifs et de biopsies bénignes dans les deux groupes ;
- le taux de faux négatifs et de cancers d'intervalle ;
- les coûts et la rentabilité de chaque stratégie ;
- comparer la mortalité due au cancer du sein dans les deux groupes, au bout de dix ans et de quinze ans de suivi ;
- rechercher s'il existe véritablement une valeur ajoutée de l'adjonction d'une échographie ainsi que d'une tomosynthèse dans la détection des cancers du sein de stade 2 et plus ;
- estimer le surdiagnostic et le surtraitement dans chaque groupe ;
- évaluer les taux de cancers du sein identifiés à la seconde lecture dans chaque groupe ;
- évaluer la satisfaction des participantes.

Il s'agit donc de savoir si le nombre de cancers de stades avancés (stade 2 ou plus) ne sera pas statistiquement plus



(1) La tomosynthèse est une mammographie en trois dimensions. Elle permet, grâce à des coupes rapprochées, d'éliminer le problème de la superposition de structures du tissu mammaire pouvant simuler une lésion inquiétante.

CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

élevé avec la nouvelle stratégie, par comparaison avec l'ancienne, en acceptant un écart choisi à 25 %. Autrement dit, on cherche à savoir si la nouvelle stratégie n'est pas moins efficace que l'ancienne, en admettant que s'il y a 24 % (moins de 25 %) de cancers graves en plus les résultats sont déclarés « non inférieurs ».

Secondairement doit être effectué un calcul de supériorité.

Si le premier calcul montre que la nouvelle stratégie n'est « pas statistiquement inférieure » à l'ancienne, un second

calcul cherchera à savoir s'il y a statistiquement moins de cancers graves (de stade 2 ou plus) dans le groupe « nouvelle stratégie », par comparaison avec l'ancienne.

Autrement dit, si la nouvelle stratégie est jugée « non inférieure » en nombre de cancers graves, on cherchera à savoir si elle peut être jugée « supérieure ».

L'inclusion se déroule sur deux ans, avec un premier résultat attendu dans six ans incluant une période de suivi des groupes sur quatre ans. Une seconde évaluation se fera ensuite après un suivi de dix à quinze ans.

UN OUTIL D'ÉVALUATION CONTINUE DU RISQUE DES PRESCRIPTIONS POUR LES PATIENTS HOSPITALISÉS

Vincent BOUVIER, Président-directeur général du Vidal

Les pharmaciens hospitaliers doivent assurer une analyse pharmaceutique des prescriptions, notamment pour celles comportant des médicaments à risque. Confrontés à la généralisation de la prescription informatisée dans les établissements de santé, les pharmaciens ont de plus en plus de difficultés à conduire cette mission essentielle pour la prévention du risque iatrogénique.



Vidal a développé un service pour assister les pharmaciens : Vira (Vidal Inpatient Risk Assessment). Ce service s'appuie sur une base de règles médicales validées par la communauté pharmaceutique ainsi que sur des algorithmes dédiés. Il concourt à une meilleure pertinence des soins.

PRIORISER LES ORDONNANCES À ANALYSER

Vira facilite l'analyse pharmaceutique en décrivant les principaux risques et permet aux pharmaciens hospitaliers de prioriser les ordonnances à analyser, pour les patients hospitalisés (séjours actifs). Il est alimenté par un flux de données issu du logiciel de prescription, par les résultats d'analyses biologiques et autres variables du patient. Un score de risque est calculé et mis à jour en continu en combinant l'ensemble de ces informations.

Vira permet de présenter les ordonnances à valider dans un ordre de risque décroissant et permet ainsi d'augmenter le taux des interventions pharmaceutiques (IP) et donc d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient. Vira contribue au développement de la pharmacie clinique et est évalué dans le cadre des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques) signés par les établissements.



INSUFFISANCE CARDIAQUE : UN OUTIL POUR PLUS DE PERTINENCE PAR LA COMPARAISON ENTRE ÉQUIPES

Jean BOURHIS et Pascale GELIN, Novartis, qui a soutenu ce travail

L'insuffisance cardiaque en France, un enjeu majeur de santé publique. Il s'agit en effet d'une pathologie lourde de conséquences sociales et économiques, en raison de l'augmentation constante de sa prévalence et de la gravité de son pronostic. Elle constitue aujourd'hui un défi majeur de santé publique.

Un guide de bonnes pratiques de la HAS existe pour encadrer le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque chronique, mais il ne prend pas en considération le parcours de soins intrahospitalier.

C'est pour répondre à ce besoin d'optimisation de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques que le projet Rezica⁽¹⁾ a vu le jour. Il s'agit d'un outil pour analyser au sein même de l'hôpital le parcours de soins à la suite d'une hospitalisation pour décompensation aiguë. Chaque étape avant, pendant et après l'hospitalisation est analysée par les équipes pour permettre à chaque centre de « schématiser » les filières de soins existantes et d'envisager les solutions locales d'optimisation. En 2015, suite à une phase pilote, la démarche a été déployée dans vingt-deux centres et deux mille patients ont été analysés. À partir des données

recueillies, chaque centre pourra comparer ses données propres aux données nationales et ainsi avoir une vision représentative de la variabilité.

Dès l'apparition des premiers symptômes, le patient appelle en premier le médecin généraliste dans 34 % des cas et le Samu dans 24 %. Pendant l'hospitalisation, 77 % passent par les urgences, 29 % par les unités de soins intensifs cardiologiques et 66 % par un service de cardiologie. Après l'hospitalisation, 56 % des patients ont un rendez-vous fixé avec un cardiologue et 40 % (seulement) bénéficient d'une éducation thérapeutique.

La poursuite de l'approche Rezica en 2018 a permis de collecter au final plus de 3 600 fiches patient provenant de quarante établissements. Leur analyse fera l'objet d'une publication et l'engagement dans une seconde partie du programme, Opica (optimisation du parcours insuffisance cardiaque).

(1) « Insuffisance cardiaque. Rezica : vers une amélioration du parcours de soins des patients insuffisants cardiaques », *La Revue des SAMU, Médecine d'Urgence*, 2016 -2.



CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK **ÉCONOMIE SANTÉ**

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE : L'AMBULATOIRE COMME LEVIER DE PERTINENCE

Laurence COMTE-ARASSUS, Présidente, et Basile GORIN, Directeur des affaires publiques, Medtronic

La bascule ambulatoire est un des leviers de la transformation de notre système de santé, tant et si bien que la ministre des Solidarités et de la Santé a fixé un objectif ambitieux de 70 % d'actes de chirurgie réalisés en ambulatoire en 2022⁽¹⁾, contre 54 % aujourd'hui. La chirurgie n'est cependant pas seule concernée par cette évolution ambulatoire qui s'applique tout aussi bien à certains actes interventionnels.

Il faut dire que le développement de l'ambulatoire est à la fois un enjeu de qualité – avec le déploiement de nouvelles techniques d'intervention évitant les désagréments d'un séjour hospitalier –, mais aussi un enjeu de pertinence en ce qu'il s'agit de réaliser les bons actes ambulatoires au bon patient et au bon moment. En ce sens, la bascule ambulatoire doit être effectuée avec discernement sur des actes matures et sur des patients répondant aux critères d'éligibilité maximisant la sécurité de leur prise en charge.

Mais quand ces critères sont réunis, c'est manquer à la pertinence de la prise en charge que de ne pas la réaliser en ambulatoire.

C'est là tout l'enjeu du développement de la cardiologie interventionnelle en ambulatoire, dont l'accélération est un levier de pertinence pour le système de santé et les patients. Alors que la cardiologie interventionnelle représente près de 500 000 séjours chaque année en France, moins de 10 % de ces séjours sont réalisés en ambulatoire.

Pourtant, plusieurs signaux sont au vert : qu'il s'agisse des innovations thérapeutiques disponibles, des études scientifiques démontrant l'intérêt de pratiquer certains actes de cardiologie interventionnelle en ambulatoire ou encore du fait que certains établissements français, publics comme privés, ont déjà initié cette dynamique. De plus, certains de nos voisins européens ont mis en place des structures et des parcours innovants comme les « *radial lounge* », qui accueillent les patients pour réaliser des actes de cardiologie interventionnelle en ambulatoire. Ainsi, à Amsterdam, plus de 47 % des angioplasties sont réalisées en ambulatoire⁽²⁾.

Cette démarche ambulatoire ne se limite pas à l'angioplastie et est aussi déployée pour les ablations simples, le remplacement de stimulateurs cardiaques ou encore des actes diagnostiques.

Pour développer la cardiologie interventionnelle en ambulatoire et en faire un levier de l'amélioration de la pertinence, deux obstacles majeurs sont à lever. Le premier concerne la mise en place de parcours et d'organisations adaptés et mobilisant l'ensemble des acteurs de la prise en charge (professionnels de santé, paramédicaux, industriels). Le second réside dans l'incitation tarifaire à développer ces activités : quoi de plus pertinent, pour un patient éligible, que de bénéficier d'une intervention en ambulatoire lui permettant de regagner son domicile plutôt que de l'hospitaliser non pour des raisons cliniques, mais parce que la tarification l'y incite ?

LA FORMATION ET L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE COMME FACTEURS DE PERTINENCE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

La prise en charge des pathologies chroniques mobilise toute une chaîne d'acteurs parmi lesquels les professionnels de santé, les paramédicaux, les industriels, les aidants et, surtout, les patients. Bien entendu, la bonne identification et coordination du parcours entre ces différents acteurs est primordiale afin de maximiser la qualité de la prise en charge et de mieux vivre avec sa maladie.

L'amélioration de la pertinence réside, quant à elle, en grande partie entre les mains du patient. En effet, vivre avec une pathologie chronique, comme un diabète, est avant tout un investissement de tous les jours : le patient est en première ligne dans la bonne prise en charge de sa pathologie. Ce dernier prend ainsi quotidiennement un grand nombre de décisions, notamment à travers l'administration d'insuline qui doit être faite à la bonne dose, au bon moment et dans la bonne situation.

Pour cela, les innovations dans le domaine des dispositifs médicaux sont une aide précieuse et permettent d'accompagner ces prises de décision, les algorithmes décisionnels permettant d'en automatiser tout ou partie.

La formation et l'éducation thérapeutique du patient jouent donc un rôle essentiel dans la prise en charge des pathologies chroniques. Celle-ci doit être encouragée et adressée au mieux tant par les paramédicaux, les associations de patients et les acteurs industriels qui conçoivent les dispositifs. De la bonne implication de ces acteurs dépend la bonne observance de la thérapie et donc sa pertinence pour le patient.

(1) Entretiens de Bichat, 5 octobre 2017.

(2) OLVG Amsterdam, 2007.

PAS DES MOYENNES, PAS SEULEMENT DES INDICATEURS, MAIS DES BONNES PRATIQUES

Michel BALLEREAU, Délégué général, Béatrice NOËLLEC, Directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale, Fédération de l'hospitalisation privée

L'appréciation de la pertinence ne peut s'appréhender sur la base de « moyenne nationale ». La seule référence qui vaille est le recours à l'existence de référentiels de bonnes pratiques. La « moyenne » et la statistique ne constituent en rien la pratique idéale.

De plus, la comparaison de moyennes régionales ne tient pas compte du recrutement propre à chaque établissement. Elle revient à piloter la pertinence de façon administrative, en fonction des indicateurs disponibles ou qui peuvent l'être, et non en fonction de la réalité clinique des patients.

Cela revient à utiliser les instruments dont on dispose, quitte à contourner la question, plutôt que chercher à construire les meilleurs instruments pour répondre vraiment à la question posée.

De surcroît, un établissement ou des professionnels ne peuvent pas être pénalisés du simple fait qu'ils exercent dans une région ou un département qui est statistiquement en dehors des moyennes. L'inverse est également vrai : un établissement ou des professionnels déviants par rapport à l'état de l'art ne doivent pas être couverts parce qu'ils exercent dans une région ou un département vertueux.

Des indicateurs de résultats et de satisfaction des patients pour les actes thérapeutiques contribuent à l'évaluation de la pertinence. Ils ne la résument pas. Ils sont d'utilisation beaucoup plus délicate pour la phase diagnostique des parcours.

Certains paramètres peuvent permettre de diagnostiquer la probabilité de la pertinence des actes et des parcours. Toutefois, cette approche est nécessairement tributaire de l'établissement concerné. Ainsi, l'indice corporel dans la chirurgie bariatrique constitue une première approche, pour savoir si des indications erronées sont dès le départ patentées.

Toutefois, là encore, les limites apparaissent rapidement.

L'AUDIT PAR LES PAIRS

Il est intéressant, pour traiter ce sujet, de voir ce qui a déjà été mis en œuvre. La question de la pertinence des actes est posée sous le terme de « justification » des actes, qui revient

au même dans la directive 2013/59/Euratom, transposée en droit français ici par le décret no 2018-434 (particulièrement les articles nos R.1333-70 et R.1333-72 du Code de la santé publique). Le sujet concerné est limité à l'imagerie ionisante, diagnostique et interventionnelle et à la radiothérapie.

Mais le champ couvert est assez large pour constituer une base de réflexion. La méthode retenue est celle « des audits cliniques par les pairs ». Cette méthode est déjà développée dans ce cadre par d'autres pays européens.

C'est le même principe qui mériterait d'être développé, avec cette approche médicale de la pertinence.

Il paraît notamment non souhaitable que la pertinence soit vue au travers du prisme de l'Assurance maladie. Pertinence ne signifie pas économies, mais meilleure adéquation des soins, du diagnostic à la thérapeutique.

L'audit clinique par les pairs constitue la base de l'accréditation. La certification HAS est une forme d'accréditation, mais à mailles trop larges aujourd'hui pour répondre à la question de la pertinence. Une évolution est nécessaire. Elle posera alors la question des modalités de financement de la HAS, qui n'a rien d'insoluble.

Ce type de référentiel, établi au niveau national et adapté aux différentes disciplines, doit l'être au niveau national (au minimum), de façon transparente avec toutes les parties prenantes, incluant celles qui sont sur le terrain et qui connaissent la pratique quotidienne.

ILLUSTRATION

Des actions conduites par les ARS sur le taux de césariennes ces dernières années, dans le cadre d'une action nationale coordonnée, ont démontré que le partage des informations sur la pratique a largement contribué à faire évoluer cette dernière, et ce, de manière plus efficace que le maintien arbitraire du tarif du GHS concerné, de plus de - 25 % sous la valeur du tarif issu des coûts.

PERTINENCE EN MÉDICOSOCIAL ; EST-ELLE UNE NOTION PERTINENTE ?

Benoît PÉRICARD, Associé, Directeur national santé et secteur public, KPMG

La notion de pertinence semble plus adaptée au secteur sanitaire et au sein même de celui-ci aux actes les plus techniques, en partant du principe qu'il serait plus aisé d'évaluer l'écart à une norme de qualité et donc la non-pertinence.

Or, deux événements sont venus en 2018 rappeler que le secteur médicosocial, qui comprend les personnes âgées d'une part et les personnes handicapées d'autre part, n'est pas étranger à la notion de pertinence.

En octobre 2017, Catalina Devandas Aguilar, rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées, interpelle assez vivement les autorités françaises en affirmant que la prise en charge des personnes handicapées en France n'est pas respectueuse des droits fondamentaux de la personne. Pourquoi ? Parce que le système français repose avant tout sur le placement en institution, ce qui, selon Mme Devandas Aguilar, est incompatible avec un exercice « normal » des droits humains. À cette interpellation sévère, le secteur a opposé une forme de silence poli, un peu gêné, en mettant en exergue que le placement en établissement constituait fréquemment l'unique solution. Les pouvoirs publics, par la voix notamment de la secrétaire d'État aux personnes handicapées, Sophie Cluzel, excipe d'une priorité absolue donnée désormais à l'inclusion. L'inclusion devient donc la norme, et le placement l'exception. C'est un vrai changement de paradigme, qui peut s'analyser comme une politique de pertinence. La difficulté est cependant massive, tant le changement nécessite une évolution radicale, juridique, administrative, culturelle et financière.

Au printemps 2018, une grève dans un Ehpad privé des personnels protestant contre leurs rémunérations et leurs conditions de travail, mais aussi contre le sort infligé aux résidents âgés met en lumière les failles d'une politique vis-à-vis des aînés. Au-delà de la lancinante question des moyens, qui interroge les décideurs publics, mais aussi la solidarité familiale, se trouve posée la question de la pertinence d'une solution d'hébergement, alors même que les sondages font état d'une volonté massive des familles et des personnes du maintien à domicile. C'est également bien d'une question de pertinence dont il est question ici. Faut-il considérer le placement en Ehpad comme la solution ultime et faire des Ehpad des « concentrés » de personnes dépendantes, ce qui pose à l'évidence la question de la charge de travail des personnels, ou faut-il transformer les Ehpad en centre de ressources, plateformes de l'aide à domicile ?

L'on voit que la notion de pertinence, loin d'ignorer le secteur médicosocial, devient centrale pour la définition des politiques et leur mise en place.

En prolongeant le raisonnement, c'est peut-être la pertinence même de l'existence d'un secteur médicosocial spécifique qui se trouve posée : si l'on considère que c'est une acception très franco-française, d'une part, et que la question centrale du système de santé devient celle de la gestion des parcours, d'autre part, il est désormais évident que toute recherche de pertinence en santé doit englober ce que nous devrions nous habituer à ne plus nommer « médicosocial ».



OUTILS NUMÉRIQUES ET ACCOMPAGNEMENT TÉLÉPHONIQUE POUR AMÉLIORER LA PERTINENCE DU SUIVI DE LA PROTHÈSE TOTALE DE HANCHE

Michel PAOLI, Directeur médical santé, Direction des activités et prestations médicales, Inter Mutuelles Assistance

Le projet Sumotech est une expérimentation et un démonstrateur visant à améliorer le suivi de la prothèse totale de hanche (PTH) dans le cadre de la récupération améliorée après chirurgie (Raac). Le financement est apporté par le Groupe Inter Mutuelle Assistance (IMA), société d'assistance issue du monde mutualiste et qui a pour objectif stratégique d'être un acteur global en santé, capable de participer à l'efficacité du parcours de soin.

Ce projet, du fait qu'il met en place au bénéfice du patient un accompagnement et une coordination de son parcours, s'inscrit donc pleinement dans le contexte actuel visant à l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins.

Sumotech s'appuie sur un partenariat regroupant :

- la Fondation de l'Avenir (FDA) : fondation issue du monde mutualiste, elle a pour objet de soutenir la recherche et l'innovation en santé. La FDA assure la coordination scientifique et méthodologique du dispositif qui a le statut de projet de recherche ;
- l'Institut mutualiste Montsouris (IMM) : prescripteur du dispositif par l'intermédiaire de son service d'orthopédie où seront opérés les patients inclus dans l'expérimentation ;
- IMA : prestataire et coopérateur du service par l'intermédiaire de sa plateforme d'infirmières, qui assurera le coaching péri-hospitalier et la gestion d'alertes en interaction forte avec les soignants de l'IMM ;

- Qalyo : start-up issue de l'économie numérique et choisie par IMA pour sa solution logiciel mobile de suivi digital du patient.

L'expérimentation se concentre sur les patients opérés à l'IMM pour une PTH. Ceux-ci sont inclus dès la visite initiale de chirurgie posant l'indication (en général à 3 mois) d'une chirurgie programmée. Ils chargent alors le logiciel Qalyo sur leur Smartphone. Ce logiciel paramétré selon les directives des équipes de l'IMM les guidera dans un parcours numérique qui peut s'étendre de J -90 à J +60 par rapport à l'intervention.

Dans le même temps, les infirmières conseillères en santé de la plateforme IMA assureront le bon suivi de ce parcours par des appels réguliers auprès du patient, tout en restant en relation avec l'équipe chirurgicale de l'IMM.

La trajectoire de soin pilotée par l'IMM, le suivi de coordination par la plateforme IMA et le parcours numérique continu sur Smartphone par Qalyo interagissent en parallèle.

Le dispositif associe donc des outils numériques et un accompagnement téléphonique. Il permet de mettre à la disposition du patient à la fois de l'information, de la surveillance et une gestion d'alertes. Il assure une interaction constante entre l'équipe soignante, le patient et la plateforme de suivi IMA. L'ensemble vise à améliorer l'expérience patient et la qualité de soins, à favoriser la réassurance et le sentiment de sécurité, à réduire le temps d'hospitalisation, à améliorer le retour à domicile et à accélérer la reprise d'activité ou le retour à l'autonomie.



PERTINENCE : MODE D'EMPLOI POUR LES PATIENTS

Jean-Michel CHABOT, Professeur de santé publique, Université Aix-Marseille

Depuis avril 2012, en partenariat avec nombre de sociétés savantes des États-Unis, l'Abim publie une série intitulée « *Choosing Wisely*⁽¹⁾ ». Une visite sur le site permet en quelques clics de revoir l'origine, le développement et les premiers résultats de cette initiative professionnelle <http://www.choosingwisely.org/>

Pour mémoire, on peut utilement relire l'édito⁽²⁾ (*Choosing Wisely: Helping Physicians and Patients Make Smart Decisions About Their Care*) que Christine Cassel – l'une des vingt scientifiques que le président Obama avait nommés auprès de lui afin de le conseiller sur les questions scientifiques et technologiques – avait publié dans le *JAMA* en mai 2012, lors du lancement de la première campagne de « *Choosing Wisely* » (et non pas *Widely* !!).

Au passage, on peut remarquer que cette campagne marquait, pour l'Abim, une modification sensible de sa stratégie professionnelle (jusque-là plutôt arc-boutée sur la recertification temporaire « cognitive et sanctionnante » des médecins) en s'investissant davantage sur la pratique clinique quotidienne.

Chacune des soixante-dix sociétés savantes impliquées avait alors identifié « cinq examens complémentaires, procédures ou traitements, communément utilisés et pour lesquels l'utilité peut être réévaluée et reconsidérée, autant par les patients que par les médecins » ; et tout cela avait alors été diffusé (sous des formes ultra-résumées) aux médecins et plus largement médiatisé, y compris sur des supports « grand public ».

Avec maintenant un recul de plusieurs années, les résultats semblent mitigés, ce qui n'empêche pas une diffusion européenne du mouvement. (En France, la HAS s'est engagée dans une approche comparable sur la « pertinence des actes » à partir de données de l'Assurance maladie et de l'Atih).

Relire les intentions initiales de « *Choosing Wisely* » est utile pour garder à l'esprit le double impact (comme l'indique explicitement le titre de l'édito de Mme Cassel, ci-dessus) qui était recherché : certes auprès des médecins prescripteurs⁽³⁾, mais aussi auprès des patients. Force est de reconnaître que les démarches auprès des malades et plus largement auprès de la population générale ont été plutôt discrètes et timides, ce qui explique sans doute les réductions très partielles de consommation médicale enregistrées.

Et pourtant, des ressources existent. En particulier, un document d'accès aisé et d'origine américaine fait immédiatement entrer dans la pratique ceux qui s'intéresseraient à la pertinence. Ce document concerne les patients, consommateurs de soins.

Il est issu de la fameuse série que le *JAMA* a lancée à la fin des années 1990, un peu à titre expérimental, pour « voir » ; c'est la « *JAMA Patient Page* ». Dans chaque numéro du *JAMA* et à propos d'un des articles cliniques qui figurent au sommaire, une page à visée pédagogique – détachable, photocopiable à l'époque, téléchargeable maintenant – est spécialement destinée au patient.

Dans le numéro du *JAMA* daté du 8 décembre 2015, la « *Patient Page* » est dédiée au high-value care⁽³⁾.

- La définition est simple et claire : « *The best care possible, efficiently using resources, and achieving optimal results for each patient.* »
- Surtout, les patients sont encouragés à poser systématiquement quatre questions à leur médecin, singulièrement, au moment des prescriptions d'exams ou de traitement :

- *What are the risks of tests or treatments?*
Quels sont les risques des examens ou des traitements ?
- *How will this test or treatment help me?*
En quoi cet examen ou ce traitement va-t-il m'améliorer ?
- *Are there any other options beyond what was just recommended?*
D'autres options sont-elles recommandées ?
- *What would happen if I do not do anything?*
Que pourrait-il arriver si je ne fais rien ?

À lire et à appliquer !

(1) La version québécoise de « *Choosing Wisely* » (sous le vocable laborieux de « Choisir avec soin ») a été lancée. Le site dédié est <https://choisiravecsoin.org/campaign/campagnes-par-pays/>

(2) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22492759>

(3) High-value qui devrait se substituer au high volume et ainsi diversifier sensiblement les modes de rémunération des médecins ; on verra le rapport de J.-M. AUBERT.



RÉFÉRENCES

- ▶ **Rapport Béraud, « La non-qualité médicale et économique du système de soins ; ses causes ; comment le service médicale de la CNAMTS peut aider les professionnels de la santé à accroître la qualité de leur performance »**, *Le Concours médical*, n^{os} des 3 et 10 octobre 1992.
- ▶ **« Propositions de la FHF pour une meilleure évaluation de la pertinence des actes médicaux »**, dossier de presse, décembre 2010.
- ▶ **« Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés »**, enquête TNS pour la FHF, mai 2012.
- ▶ **« Refonder la tarification hospitalière au service du patient »**, rapport d'information, Sénat, rapporteurs : Jacky LE MENN et Alain MILON, 2012.
- ▶ **Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins**, DGOS, ministère de la Santé, décembre 2012.
- ▶ **« Charges et produits »**, rapport de l'Assurance maladie, 2015 à 2018.
- ▶ **« Pertinence des soins et variations des pratiques médicales »**, *ADSP Actualité et dossier en santé publique*, revue du Haut Conseil de la santé publique, n° 92, septembre 2015.
- ▶ **LE BAIL (M.) et OR (Z.), Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales**, Irdes, 2016.
- ▶ **« Rapport d'information sur la pertinence des soins »**, Sénat, rapporteur général : Jean-Marie VANLERENBERGHE, juillet 2017.
- ▶ **« L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs »**, rapport public thématique, Cour des comptes, novembre 2017.
- ▶ **« La pertinence des actes et examens médicaux »**, étude Odoxa pour le FHF, novembre 2017.
- ▶ **« Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé »**, cadre d'analyse et synthèse issus du rapport *« Tackling Wasteful Spending on Health »*, OCDE, 2017.
- ▶ **DUMEZ (H.)⁽¹⁾ et MINVIELLE (É.)⁽²⁾, « L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ? »**, *Systèmes d'information et management, Issue 1 Special Issue: IT Health*, vol. 22, 2017.
- ▶ **Stratégie nationale de santé 2018-2019**. Décembre 2017.
- ▶ **« Rapport final : Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques »**, consultations stratégie de transformation du système de santé.
Pr Dominique LE GULUDE, présidente de la HAS, Alain-Michel CERETTI, président de France Assos Santé, et Pr Olivier LYON-CAEN, médecin-conseil national de la Cnam, septembre 2018.



RÉFÉRENCES

- ▶ « **Rapport final : Accélérer le virage numérique** », consultations stratégie de transformation du système de santé. Dominique PON, directeur général de la clinique Pasteur de Toulouse, président de SantéCité, et Annelore COURRY, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Cnam, septembre 2018.
- ▶ « **Rapport final : Modes de financement et de régulation** », consultations stratégie de transformation du système de santé. Jean-Marc AUBERT, directeur de la Drees, septembre 2018.
- ▶ « **Ma santé 2022** », discours du président de la République et dossier de presse, 18 septembre 2018.
- ▶ « **Indicateur d'amélioration de la pertinence des soins** » (p. 169), programme de qualité et d'efficience « maladie », PLFSS, 2019.
- ▶ SAFON (M.-O.) et SUHARD (V.), « **La pertinence des soins en France. Les principaux dispositifs et leurs évaluations** », synthèse documentaire, centre de documentation de l'Irdes, novembre 2018.
- ▶ « **Réformes des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné** », rapport de la task force « Réforme du financement du système de santé » animé par Jean-Marc Aubert, janvier 2019.
- ▶ « **La pertinence de la prescription des antibiotiques** », référé adressé le 6 novembre 2018 à la ministre des Solidarités et de la Santé et réponse de la ministre, la Cour des comptes, février 2019.
- ▶ **Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé**, texte, exposé des motifs et étude d'impact, Légifrance, février 2019.

(1) i3 (Institut interdisciplinaire de l'innovation), Centre de recherche en gestion, École polytechnique, France.

(2) Management des organisations en santé (MOS), École des hautes études en santé publique (EHESP), France.

Notes



A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page below the ECG graphic.



TÉLÉCHARGEZ LA RECOMMANDATION 2019 SUR
www.thinktank-economiesante.fr

NOS PARTENAIRES



Contact : Lucie MORLOT • 01 87 39 76 46 • Imorlot@lesechosleparisien.fr

UNE PRODUCTION

Les Echos
Le Parisien
ÉVÉNEMENTS