

Projet du SNPHARE La Pertinence des soins

Rédacteur : Jullien Crozon

1. Constat/Etat des lieux:

Un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les systèmes de santé, datant de 2010, estime que les états gaspillent entre 20 à 40% de leurs dépenses de santé. De la même façon, une enquête de la Fédération Hospitalière Française souligne que 9 médecins sur 10 déclarent avoir fait au moins une fois des actes non pertinents et que 30% des praticiens pensent qu'ils font des actes non pertinents (Réf 1).

Le système de santé étant au bord de la rupture (inflation continue des dépenses de santé et déficit financier constant de l'assurance maladie) la question de la pertinence des soins se pose de façon prégnante. Ainsi, en 2018, lors des discussions sur la stratégie de transformation du système de santé, le chantier n° 1 était la qualité et la pertinence des soins.

La pertinence, terme pratique et non théorique, se rapporte à une seule question : elle est « **la qualité de ce qui est approprié à son objet** » (Littre). Un soin est donc pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient et conforme aux données de la science telles qu'elles ont été définies par nos sociétés savantes tant nationales qu'internationales, mais aussi aux recommandations de la Haute Autorité en Santé (HAS). C'est une notion évolutive : 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 soins comprend 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 ...). Il existe deux enjeux majeurs dans cette pertinence : la sous-médicalisation et la surmédicalisation (actes, traitements ou parcours inutiles).

Un acte pertinent est un acte approprié qui respecte les quatre principes fondamentaux de l'éthique médicale :

- La bienfaisance, l'efficacité et l'utilité
- La non-malfaisance : ne pas nuire
- L'autonomie du patient, l'information et la participation à la décision
- L'équité, la justice sociale, que ce que l'on donne aux uns n'enlève rien aux autres, et que les dépenses de santé restent soutenables

Il existe trois acteurs majeurs qui peuvent aller à l'encontre de cette pertinence :

- Le système de santé : production d'actes privilégiée, actes plus valorisés que la pertinence des décisions, valorisation insuffisante du temps médical consacré à la décision partagée (RCP, discussion entre médecins...)
- Le patient : attente légitime de qualité et de sécurité, demande accrue bilan
- Les médecins et étudiants : non maîtrise de l'examen clinique, insuffisance du raisonnement clinique, sur-prescription, risque médicolégal...

-

En 2013, l'académie de médecine rendait un rapport pour améliorer le service rendu au patient en permettant de trouver des ressources pour l'innovation (Réf 2). Il retenait des actions à court terme (sensibilisation de la profession et du public) et à long terme (réforme de l'enseignement et structuration des filières de soin) en émettant 5 recommandations :

1. Réforme du 2^{ème} cycle des études médicales : renforcement de l'enseignement clinique, réforme de l'ECN, développement et amélioration de la Formation Médicale Continue (FMC)
2. Développement des recommandations de bonne pratique clinique (BPC) et opposabilité
3. Meilleure organisation des soins et des parcours de soins et contrôle
4. Financement : privilégier l'acte « intellectuel », réforme de la T2A
5. Formation et information des patients

Différentes pistes existent déjà pour développer la pertinence des soins : amélioration de la formation, *Evidence Based Medicin* embarquant le Développement Professionnel Continu (DPC) et la recertification, développement des RMM et des décisions pluridisciplinaires de décision, référentiels avec recommandations et guides de bonnes pratiques cliniques, contrôles avec nécessité d'indicateurs pertinents...

Mais ces outils sont connus depuis longtemps et ont produits peu de changements.

D'autres dispositifs existent également pour améliorer la pertinence des soins :

- Programme de travail de la HAS dans le cadre de l'appui à l'amélioration des pratiques professionnelles
- Certification des établissements de santé avec intégration de la thématique pertinence des soins
- Accréditation des professionnels de santé avec pour objectif de valoriser les pratiques exemplaires
- Intégration de la pertinence des soins dans les orientations nationales du développement professionnel continu
- Démarche de mise sous accord préalable (MSAP) de l'assurance mobilisée par la CNAMTS (caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) pour améliorer la pertinence de certains modes de prise en charge
- Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens : État-ARS et ARS-établissement
- Programme national de pertinence de l'HAS : fiches par spécialité
- Recommandations sur les examens pré-interventionnels : SFAR, HAS
- Outils nationaux par thématiques : 33 priorités nationales (endoscopies digestives, césariennes à terme...)

2. Propositions du SNPHARE

On ne peut qu'être en accord avec la volonté de développement de la pertinence des soins pour les patients et pour la société. Mais les dispositifs actuels et les recommandations appellent quelques remarques et propositions du SNPHARE pour l'avenir :

- Les praticiens hospitaliers (PH) doivent être présents dans toutes les étapes de discussion sur la pertinence des soins, et en particulier au niveau du chantier de la stratégie de transformation du système de santé. Dans ce cadre, les syndicats professionnels médicaux ont un rôle primordial et doivent être invités et entendus.
- Les PH étant la cheville ouvrière de l'hôpital, ils participent à la formation des étudiants et des internes. Il faut donc que du temps médical de PH soit dédié à la formation clinique (par exemple 1 à 2 demi-journées par semaine) sous forme de valence. La formation initiale et continue ne soit pas être l'apanage des universitaires.
- Le temps de la FMC doit être sanctuarisé pour les PH et correctement financée
- L'élaboration des recommandations et BPC doit se faire avec l'aide des PH de spécialités
- Les contrôles, les référentiels et l'ensemble des dispositifs ne doivent pas obérer la liberté des professionnels de santé au sens de leur indépendance par rapport aux tutelles financières et ne doivent pas entraver l'autonomie des professionnels de santé
- Tous les dispositifs doivent respecter l'autonomie des professionnels de santé
- La pertinence des soins ne doit pas mener à la déprofessionnalisation des métiers de la santé en transférant des actes ou des activités de soins à des personnels non médicaux
- Les indicateurs doivent être pertinents pour pouvoir être opposables
- Les actes jugés non pertinents par rapport aux référentiels doivent être justifiés dans les dossiers par les praticiens
- Une réforme de la tarification à l'activité (T2A) doit être mise en place pour permettre de privilégier l'acte « intellectuel » par rapport à l'acte « technique »

Références :

- 1) Etude ODOXA pour la fédération hospitalière de France sur la pertinence des actes et examens médicaux parue en 2017
- 2) Rapport de l'académie nationale de médecine du 8 avril 2013 : « Améliorer la pertinence des stratégies médicales », Pr René Mornex