



OBJECTIF LÉGISLATIVES

2017

SPÉCIAL ÉLECTIONS

Les programmes sont-ils bons pour notre santé ?



COMMENT AGIR

POUR AMÉLIORER LA PERTINENCE DES SOINS ?

**LA PERTINENCE
DES SOINS
ET DES PARCOURS**
P.2

PROPOSITIONS
P.3

**QUESTIONS
AUX CANDIDATS**
P.8



LE THÈME DE LA PERTINENCE DES SOINS ET DES PARCOURS est central pour qui s'intéresse à la juste maîtrise de nos dépenses de santé et à la qualité des soins en France.

Car en effet, selon plusieurs évaluations et études, **les soins inutiles représenteraient entre 27% et 30% des dépenses maladie** (sur un montant annuel total d'environ 200 milliards d'euros de consommation médicale) sous forme de surprescriptions d'examen, de médicaments, d'actes médicaux et chirurgicaux, et de parcours inappropriés notamment à l'hôpital, au détriment de la prise en charge de traitements réellement utiles aux malades, et au risque d'occasionner des souffrances et des effets indésirables de fait évitables.

Ramenés à une estimation basse de 25%, **ce sont près de 50 milliards d'euros que notre système financerait**

inutilement, auxquels il convient d'ajouter les coûts des complications évitables.

La question de la pertinence, dans le champ de la santé, n'est pas nouvelle. Les efforts de maîtrise médicalisée de dépenses de santé conduits par l'Assurance maladie depuis 2013 portent en effet sur les pratiques et ont donné de premiers résultats.

Néanmoins, les autorités de contrôle, dont la Cour des Comptes, rappellent régulièrement la nécessité de toujours mieux réguler et éviter la déperdition de ressources inutilement investies dans des dépenses injustifiées.

LES PRESCRIPTEURS NE SONT PAS LES SEULS ACTEURS DE LA PERTINENCE DES SOINS ET DES PARCOURS.

Les industriels, les autorités de santé et parfois les patients influencent, eux-aussi, les pratiques professionnelles.



Dans son numéro d'octobre, la revue *Prescrire*⁽¹⁾ souligne le grand flou qui entoure les décisions des prescripteurs de soins. Loin de les blâmer, cette enquête apporte un éclairage inédit sur les postures des différents acteurs (industriels et autorités de santé) qui nuisent à la bonne diffusion de l'information sur les traitements. Au détriment, *in fine*, du patient.

Les médecins disposent-ils de toutes les informations utiles au moment de prendre la décision d'un plan de traitement ou de prescrire un médicament ? A cette question, la revue *Prescrire* répond clairement par la négative. Dans le prolongement de cette interrogation, **la formation médicale nous apparaît insuffisamment orientée sur la prise en compte de la pertinence des réponses thérapeutiques.**

Selon l'Académie de médecine⁽²⁾, il est nécessaire de réformer le deuxième cycle de la formation initiale des médecins comme la formation continue.

Elle indique notamment que **l'approche pédagogique par un enseignant unique « fait perdre les nuances de conception individuelle » et regrette « la réduction, si ce n'est la disparition, des enseignements transversaux (problèmes médico-économiques, importance des pertinences dans le choix des examens biologiques ou radiologiques).** Dans le domaine de la pharmacothérapeutique, la situation serait encore plus grave, car « des classes entières de médicaments ne sont plus enseignées et les stratégies thérapeutiques ne sont plus traitées ».

En outre, parmi les nombreuses lacunes de l'Examen Classant National (ECN), l'Académie de médecine relève **« l'absence de référence aux stratégies, comme en témoigne l'absence de notes négatives pour des choix aberrants. Aucune question thérapeutique ne pose clairement la mise en balance du rapport avantage/inconvénient ».**

Concernant la formation médicale continue, elle serait « loin d'être idéale malgré des moyens financiers importants ». En particulier, **« les nouveaux médicaments devraient mieux échapper à une démarche marketing, et être présentés par des textes courts, validés par des instances neutres ».**

Bref, parler de pertinence des soins et des parcours, c'est **oser redéfinir le rôle de chacun des acteurs** : des autorités de santé, de l'Assurance maladie, des industriels, des professionnels de santé et des usagers. Mais c'est avant tout énoncer le souhait de repenser un système, exagérément fondé sur le paiement à l'acte aux dépens des gains d'efficacité que l'on pourrait tirer de **nouvelles formes de prise en charge, dans le respect des droits fondamentaux du patient.**

1- *Prescrire*, octobre 2016.

2- Académie nationale de médecine, rapport du 8 avril 2013, Améliorer la pertinence des stratégies médicales, René Mornex.



ABORDER LE THÈME DE LA PERTINENCE des soins et des parcours, c'est s'intéresser aux pratiques des professionnels de santé, qu'ils exercent en ville ou à l'hôpital.

Mais c'est aussi améliorer les prises en charge en prenant en compte l'ensemble du parcours là où « l'acte », isolé, règne en maître.

Rémunérés en fonction du nombre d'actes qu'ils réalisent, **les établissements, comme les professionnels de santé, sont incités à prescrire, prescrire et prescrire encore.**

Côté hôpital, les plateaux techniques doivent tourner à plein, les temps d'hospitalisation décroître pour libérer les lits au plus tôt et recevoir un maximum de patients, et les actes se multiplier pour rentabiliser des matériels coûteux, notamment en imagerie ou en chirurgie.

Et cela non sans éprouver durement les professionnels, dont le corps infirmier, à bout de forces.

Côté ville, difficile de réguler, pour des raisons avant tout idéologiques. La liberté de prescription est un attribut essentiel de la médecine libérale mais l'indépendance intellectuelle des médecins n'est pas garantie dans le système de paiement à l'acte qui favorise le volume.

Avec la progression des maladies chroniques liée au vieillissement, l'adoption des bonnes pratiques et leur adaptation à chaque cas individuel devient un enjeu primordial et une activité

de plus en plus complexe.

En de nombreux domaines, les écarts inter-régionaux reflètent la variabilité des comportements des prescripteurs, ou des « cultures médicales dissemblables », pour des pathologies comparables.

A titre d'exemple, on produit, en moyenne annuelle, par médecin et par habitant, 3 fois plus d'actes de kinésithérapie en Provence-Alpes-Côte d'Azur qu'en Franche-Comté.

Pour les soins infirmiers, les écarts vont de 1 à 7 entre Provence-Alpes-Côte d'Azur et Ile-de-France et de 1 à 2, pour la biologie, entre les Pays-de-la-Loire et la Corse.

PROPOSITIONS

1

MESURER L'IMPACT NÉGATIF DU PAIEMENT À L'ACTE SUR LA PERTINENCE DES SOINS ET DES PARCOURS

◆ EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : MESURER L'IMPACT DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ SUR LA PERTINENCE DES SOINS.

Dans un rapport de mars 2012 relatif à l'évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) relève que l'instauration de la T2A coïncide avec une augmentation du volume d'activité mais elle l'impute à l'optimisation du codage puisque les établissements rendraient mieux compte de leurs activités.

Dans ce même rapport, l'IGAS considère cependant qu'« une réflexion sur le contrôle de la pertinence des actes doit déboucher rapidement pour être un nouvel outil au service des établissements comme des autorités de régulation

régionale et nationale ». Et d'ajouter : « le contrôle de la pertinence des actes, dont l'intérêt fait l'objet d'un consensus largement exprimé par les acteurs, doit permettre d'éviter un recours excessif aux soins et d'optimiser l'allocation des ressources vers les soins appropriés, contribuant aussi à la régulation du développement de l'activité ».

L'Union nationale des associations agréées du système de santé est favorable à la mise en place rapide d'un véritable contrôle de la pertinence des actes dans les établissements de santé publics et privés. Cet objectif doit conduire, par exemple, à la généralisation de « contrats de pertinence » ou « contrats de performance », passés entre les établissements et les Agences Régionales de Santé, fondés sur les expertises scientifiques de la Haute Autorité de Santé (HAS).





◆ EN VILLE : ÉVALUER LES EFFETS DU PAIEMENT À L'ACTE SUR LES PRESCRIPTIONS.

En 2009, l'Assurance maladie proposait à certains médecins de signer un Contrat d'Amélioration des Pratiques Professionnelles (Capi). Le contrat introduit, pour la première fois en France, une rémunération complémentaire, conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique et de pratiques médicales, à l'instar de la rémunération à la performance instaurée en Grande-Bretagne en 2004. Cette rémunération s'ajoute à la rémunération à l'acte.

En 2011, le dispositif se renforce et se transforme en Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Le bilan à 4 ans (2015) témoignerait de l'intérêt du dispositif comme levier d'évolution des pratiques. **Entre 2011 et 2015,** celle-ci aurait encouragé une prise en charge améliorée des malades chroniques et une prescription plus pertinente et efficiente au service de la maîtrise des dépenses de santé. Néanmoins, les indicateurs du volet prévention (pour réduire la mortalité et la morbidité liées aux cancers féminins et aux maladies infectieuses) ne progressent pas.

L'efficacité des prescriptions est recherchée à travers le deuxième axe de la Rosp. Avec l'atteinte des objectifs sur 5 des 7 indicateurs observés (avec par exemple une progression des prescriptions dans le répertoire des médicaments génériques), la Rosp aurait effectivement contribué à l'efficacité globale du système de soins.

Par rapport à 2011, près de 277 000 patients diabétiques supplémentaires ont pu bénéficier des dosages d'hémoglobine glyquée recommandés (progression de + 8,7 points) et 87 000 patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire supplémentaires ont été mis sous traitement par statine et par aspirine à faible dosage ou anticoagulant en 2015 (progression de + 7,2 points). Selon cette évaluation, la prescription de benzodiazépines aurait par ailleurs été évitée à environ 381 000 patients, suite à une baisse de 3,7 points de la part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue depuis 2011.

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé propose d'enrichir le dispositif de nouveaux indicateurs, fondés sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et directement orientés sur la pertinence des prescriptions.

La ROSP doit être développée de manière à représenter une part prépondérante dans la rémunération globale des médecins.

Par ailleurs, l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé recommande le développement de procédures d'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie pour certaines prescriptions où des pics anormaux de prescriptions sont repérés, comme c'est actuellement le cas pour la prise en charge de certains médicaments hypocholestérolémiants.



DÉVELOPPER LA RÉMUNÉRATION À LA CAPITATION

La capitation correspond au cas où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera. Si la rémunération est trimestrielle, le praticien perçoit la même somme qu'il voie ou non le patient dans le trimestre et quel que soit le nombre de fois où il le voit.

Comme le paiement à l'acte, le paiement à la capitation rémunère le médecin en fonction de son activité.

Dans le premier cas, cette activité est appréhendée par le nombre de consultations ; dans le second, par le nombre

de patients suivis. Mais à nombre de patients donné, les deux types de paiement produisent des incitations financières inverses : payé à l'acte, le médecin peut avoir tendance à voir ses patients le plus souvent possible (effet inflationniste) ; payé à la capitation, il a au contraire intérêt à les voir le moins souvent (risques de suivi insuffisant).

La capitation accompagne généralement la réorganisation des soins primaires en favorisant le regroupement des praticiens et la promotion de la prise en charge pluridisciplinaire.





Le Royaume-Uni et les Pays-Bas accordent une place importante à la capitation, qu'ils complètent par du salariat (Royaume-Uni) ou du paiement à l'acte (Pays-Bas).

La situation est plus contrastée aux États-Unis où tous les modes de rémunération sont présents de façon significative. Le salariat y est notamment développé au sein des Health maintenance organizations (HMO), qui sont les assureurs ayant poussé le plus loin la logique d'intégration des soins. L'évolution des modalités de rémunération devrait progressivement faire diminuer la part de paiement à l'acte

et promouvoir les enveloppes dédiées à certaines prises en charge (cancer, insuffisance rénale et cardiologie).

L'Allemagne a un système de rémunération sophistiqué qui emboîte un paiement à l'acte plafonné dans un schéma global de capitation.

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé recommande l'introduction de la capitation dans la rémunération des médecins afin de décorréler le niveau de revenus, privilégiant actuellement le volume d'actes, pour améliorer la qualité des soins.

3

RENDRE LES RECOMMANDATIONS

DE BONNES PRATIQUES OPPOSABLES LORSQUE LES DONNÉES VALIDÉES EXISTENT

Les recommandations de bonnes pratiques sont des outils précieux pour tracer le cadre des stratégies.

Une étude minutieuse des données de la littérature permet de dégager des consensus et des recommandations de pratique quotidienne. Ce travail, mené notamment par la HAS, est une base de raisonnement utile. « Largement consultées,

ces recommandations sont loin d'être appliquées dans les pratiques quotidiennes ».

Selon l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, il est essentiel de mieux imposer les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la HAS et de renforcer l'opposabilité de certaines d'entre elles.

4

PROPOSER UNE PALETTE D'OUTILS

PERMETTANT AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET AUX PATIENTS DE CHOISIR LES STRATÉGIES DE SOINS LES PLUS PERTINENTES

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) constituent un lieu d'échanges permettant à des spécialistes d'horizon différents de s'accorder sur la meilleure stratégie diagnostique et thérapeutique. Les RCP, qui sont désormais plus fréquemment organisées en cancérologie, doivent déboucher sur la proposition d'un programme personnalisé de soins. Les RCP, au même titre que l'accès au dossier médical, les systèmes électroniques d'aide à la décision (notamment pour améliorer la pertinence des prescriptions

de médicaments) sont des éléments susceptibles d'améliorer la pertinence.

En outre, en cas de diagnostic grave ou d'intervention lourde envisagée, la demande d'un second avis médical peut participer à éclairer la décision du patient. Cette option n'est pas soumise à l'approbation de l'équipe soignante et le patient est libre d'y recourir ou non et les établissements sont invités à lui en simplifier les démarches.





C'est un droit dont les patients se prévalent peu.

La demande d'un second avis médical permet de valider ou d'invalider l'orientation thérapeutique proposée par un premier praticien.

Notons qu'une deuxième lecture indépendante des mammographies, systématique, est gratuitement effectuée dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

Cancers, épilepsie, insuffisance cardiaque, maladie de Crohn... La question de solliciter un second avis médical « se pose notamment en cas de traitements lourds susceptibles de générer des effets secondaires importants », explique **Philippe Bergerot**, radiothérapeute et administrateur de la Ligue contre le Cancer. La demande d'un second avis médical est d'autant plus pertinente que l'affection donne lieu à plusieurs possibilités d'intervention.

Les consultations pour un second avis sont susceptibles d'être facturées au prix fort dans le privé mais aussi dans le public.

L'information des patients sur leurs droits est ici centrale. Chacun doit en effet savoir qu'il peut librement s'adresser à son médecin traitant pour être orienté vers un spécialiste, avec la garantie d'un remboursement équivalent à toute consultation effectuée dans le cadre du parcours de soins.

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé recommande que l'ensemble des moyens permettant d'améliorer la pertinence des soins - RCP, arbres décisionnels et second avis - soit mis à disposition des professionnels de santé et des patients selon les pathologies diagnostiquées et les thérapies envisagées. Ces dispositifs doivent également être évalués au regard de l'amélioration de la pertinence qu'ils permettent.



LA PRISE EN COMPTE DES PRÉFÉRENCES INDIVIDUELLES DES PATIENTS DANS LES STRATÉGIES DE SOINS

L'amélioration de la pertinence des actes doit désormais prendre en compte les préférences individuelles des patients afin de mieux prendre en compte des critères de jugement rarement inclus dans les travaux de recherche clinique débouchant sur les recommandations de bonnes pratiques, à commencer par la qualité de vie.

Il s'agit notamment de mieux apprécier les retentissements des traitements proposés en « vie réelle » et en tenant compte du contexte personnel, familial et environnemental pour chaque patient et, en fonction des cas, d'apporter les réponses appropriées au-delà de la seule prescription ou réalisation d'actes médicaux.

La pertinence des soins et des parcours doit être évaluée du point de vue du patient lui-même.

Cette approche doit se retrouver en amont, lors de l'évaluation des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) et doit également être au centre de la pratique moderne recentrée sur les besoins des patients et privilégiant autant que possible la décision partagée.





FAIRE LA TRANSPARENCE SUR LES PRATIQUES MÉDICALES

◆ RENDRE PUBLIQUES LES DONNÉES RELATIVES AUX VARIATIONS DES PRATIQUES MÉDICALES, EN VILLE COMME EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Un « **Atlas des variations des pratiques médicales** », basé sur le recours à dix interventions chirurgicales, constitue « une étape-clé dans la réponse au double enjeu de satisfaire les préférences et les besoins de santé de tous les citoyens français tout en limitant l'augmentation des dépenses de santé. Pourquoi ? Car mesurer et comparer la consommation des soins hospitaliers par territoire ou région est une première étape, essentielle, vers la mise en œuvre d'un suivi du recours aux soins des populations, susceptible de fournir des pistes d'amélioration pour l'avenir de notre système de santé » selon les auteurs de la préface.

Cet Atlas « révèle des variations notables dans la délivrance des soins médicaux (ou hospitaliers) en France. La prochaine grande étape sera celle de l'analyse de ces données par les chercheurs, les médecins et les patients, afin de répondre à **trois questions fondamentales** : quelles sont les causes de ces variations ? Où se situe le bon taux ? Comment les professionnels, les décideurs et les patients peuvent-ils utiliser cette information pour s'assurer que la qualité du système de soins français est également synonyme de qualité des soins pour tous les Français ? ».

Cet Atlas est aussi et surtout une « étape-clé » vers un supplément de transparence sur les informations en santé, utiles à tous, et notamment aux autorités de régulation en charge de veiller à ce que la collectivité ne dépense pas inutilement ses ressources pour des soins qui présentent un fort coefficient de rémunération mais un faible indice de pertinence.

L'Union nationale des associations agréées du système de santé propose que de tels outils, d'accès à la connaissance, soient élaborés pour les soins hospitaliers comme pour les soins de ville.

Les données sont connues. Reste à les traiter pour en présenter toute l'« intelligence » et améliorer la pertinence en luttant à la fois contre la sur et la sous-médicalisation.

◆ L' « OPEN DATA » AU SERVICE DE LA CONNAISSANCE COLLECTIVE

Notre droit a récemment évolué pour moderniser notre système de santé et redéfinir, en ce sens, un processus d'accès aux données de santé via un Système National des Données de Santé (SNDS), composé des bases de données suivantes :

- ◆ les données produites dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui traduisent l'activité des établissements de santé, publics ou privés ;
- ◆ les données du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) produites par les organismes gérant un régime de base d'assurance maladie ;
- ◆ le registre national des causes de décès ;
- ◆ les données produites par les maisons départementales des personnes handicapées sous l'autorité de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- ◆ un échantillon représentatif des données de remboursement par bénéficiaire transmises par des organismes d'assurance maladie complémentaire et défini en concertation avec leurs représentants.

Le SNDS a pour finalité la mise à disposition des données pour contribuer à :

- ◆ l'information sur la santé ainsi que sur l'offre de soins, la prise en charge médico-sociale et leur qualité ;
- ◆ la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé et de protection sociale ;
- ◆ la connaissance des dépenses de santé, des dépenses d'assurance maladie et des dépenses médico-sociales ;
- ◆ l'information des professionnels, des structures et des établissements de santé ou médico-sociaux sur leur activité ;
- ◆ la surveillance, à la veille et à la sécurité sanitaires ;
- ◆ la recherche, aux études, à l'évaluation et à l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale.

Fort de ces évolutions, le SNDS doit contribuer à développer la recherche dans le domaine de la pertinence et des parcours.

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé plaide pour que les associations de patients elles-mêmes soient mises en capacités de s'approprier ces données et également pour que l'*open access* permette effectivement de visualiser les données selon des angles d'analyses choisis par les associations.



QUESTIONS AUX CANDIDATS



Les réponses peuvent donner lieu à des choix multiples

1 ♦ QUELLE EST VOTRE POSITION PAR RAPPORT AUX MODES DE RÉMUNÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SON RÔLE DANS L'AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS ?

- Moduler la tarification à l'activité
- Développer des « contrats de pertinence » ou « contrats de performance » entre les établissements de santé et les ARS

2 ♦ QUELLE EST VOTRE POSITION PAR RAPPORT AUX MODES DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS LIBÉRAUX ET SON RÔLE DANS L'AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS ?

- Développer la rémunération sur objectifs de pertinence
- Introduire la rémunération à la capitation

3 ♦ PENSEZ-VOUS QUE LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES DE LA HAS DEVRAIENT ÊTRE OPPOSABLES AUX MÉDECINS ?

- Oui
- Non

4 ♦ QUELLE EST VOTRE POSITION PAR RAPPORT AU RECUEIL D'UN SECOND AVIS EN CAS DE DIAGNOSTIC GRAVE OU D'INTERVENTION LOURDE ENVISAGÉE ?

- Défavorable
- Favorable

5 ♦ QUELLE EST VOTRE POSITION PAR RAPPORT À LA PRISE EN COMPTE DES PRÉFÉRENCES INDIVIDUELLES DES PATIENTS DANS LES STRATÉGIES DE SOINS ?

- Le choix thérapeutique relève avant tout de la décision du médecin
- Le point de vue du patient est essentiel, il doit conduire à l'ajustement du traitement, dans le cadre d'une décision partagée
- Le point de vue du patient est essentiel, il doit être pris en considération pour l'évaluation des produits de santé

6 ♦ ÊTES-VOUS FAVORABLE À CE QUE LES INFORMATIONS RELATIVES À LA VARIATION DES PRATIQUES MÉDICALES, ENTRE MÉDECINS COMME ENTRE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, SOIENT RENDUES PUBLIQUES ?

- Oui
- Non