

La pertinence des soins en médecine générale

Dossier documentaire – Décembre 2018

**Document établi avec le concours méthodologique de la HAS,
conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères
d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.**

Rédacteurs :

Docteur Jean Pierre Mairesse et Docteur Claude Magnani coordonnateurs Groupe qualité Normandie

INTRODUCTION

Alors que les budgets sont sous tension, les systèmes de santé génèrent, en France comme dans la plupart des pays développés, une part de « gaspillage », notamment sous la forme de soins inutiles ou redondants, d'interventions évitables ou à faible valeur ajoutée.

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) chiffre d'ailleurs ce gaspillage à près d'un cinquième de la dépense de santé. Face aux défis de la médecine de demain (vieillesse de la population, poids des maladies chroniques, technicité croissante des soins...), l'amélioration de la pertinence des soins représente donc un enjeu majeur pour l'avenir et la pérennité des systèmes de santé.

Cependant la réduction des dépenses de santé n'est pas l'objectif premier et principal de la démarche de pertinence, et c'est ce qui la distingue des autres approches, comme celle de maîtrise médicalisée des dépenses de santé avec laquelle elle se recoupe largement. Elle peut conduire à un accroissement au moins temporel des dépenses en visant aussi l'équité dans l'accès aux soins (pour lutter contre le « sous-usage »). Toutefois, la pertinence des soins renvoie également, au-delà de la qualité des pratiques médicales, à l'organisation du système de santé et à son efficacité : ne retenir que les soins pertinents revient à réduire les coûts générés par les soins qui ne le sont pas, sans que cela n'impacte la qualité des soins dispensés ou la santé des patients.

DEFINITION DE LA PERTINENCE :

La pertinence est la qualité de ce qui est approprié à son objet (Montaigne, Essais).

Appliqué à la médecine, un soin est pertinent quand le bénéfice escompté pour la santé (exemple : augmentation de l'espérance de vie, soulagement de la douleur, réduction de l'anxiété, amélioration de capacités fonctionnelles) est supérieur aux conséquences négatives attendues (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. (Brook ; 1986).

Son évaluation vise à en renforcer la qualité, la sécurité et l'efficacité.

La méthode la plus traduite et validée dans le monde repose sur l'outil AEP (Appropriateness Evaluation Protocole) que l'on peut traduire par : « protocole d'évaluation de la pertinence » surtout développée dans le cadre de l'hospitalisation pour vérifier la pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation (GERTMAN, RESTUCCIA and JOSEPH 1981). On parle alors de revue de pertinence des soins.

En France les hospitalisations non pertinentes varient entre 10 à 30% selon les études. HAS 2004 :

Quelle définition de la pertinence des soins :

Pour la HAS l'acte pertinent est le « **bon acte, pour le bon patient, au bon moment, au bon endroit** »

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, sur la base d'une analyse bénéfices/risques, et conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la [Haute Autorité de Santé \(HAS\)](#) et des sociétés savantes, nationales et internationales.

C'est une notion comparative, variable dans le temps en fonction des connaissances et des évolutions techniques.

Ainsi, la pertinence des soins est relative à leurs indications et non-indications. On distingue deux grandes catégories de situations de « non-pertinence » :

- Un soin inutile ou overuse (utilisation en excès), qui peut entraîner une perte de chance par le délai occasionné dans le parcours de soins du patient, ou par la gêne occasionnée pour les soins suivants (cicatrice) ;
- L'absence de soin ou underuse (sous-utilisation), qui peut entraîner un retard au diagnostic ou au traitement d'une pathologie.

POURQUOI FAUT-IL AMELIORER LA PERTINENCE DES SOINS ET DES PARCOURS ?




1. Quel est l'impact économique de la non-pertinence des soins ?

Une étude, publiée en 2012 dans JAMA par Don Berwick, qui était à l'époque à la tête de Medicare, a essayé de chiffrer la notion de gaspillage dans le système de santé nord-américain. On est entre 20 et 34 % de dépenses inutiles, de gaspillage dans le système.

Ce constat est superposable dans le système français

C'est un élément important car il offre potentiellement un gisement d'économies et ne nécessite pas de moyens supplémentaires Il s'agit d'avoir une organisation de travail plus efficiente.

Il y a trois formes de gaspillage liées à la non-pertinence :

-  Les sur-traitements
-  Les mauvais usages
-  Les défauts d'organisation et de non-coordination partant du principe que le système est très fragmenté, que des prescriptions sont régulièrement refaites à chaque étape, qu'il y a des erreurs d'orientation, des ré-hospitalisations injustifiées, etc

Ces trois postes de dépenses réunis représentent environ la moitié des gaspillages présentés donc 10 et 17 % liés à la non-pertinence.











2. Quel impact des soins non pertinents sur la santé

15 millions de Français qui seraient morts en 1990 en moins de trois ans survivront à leur pathologie entre dix et trente ans en 2020 Soit + 30 % de patients littéralement créés parce qu'ils seraient morts si l'on était resté sur les bases de la médecine de l'époque.

En France, 28% des actes médicaux sont jugés superflus par les praticiens dans les enquêtes réalisées en 2012 Dans cette même enquête, la réponse des praticiens à leurs actes superflus est pointée le plus souvent comme faisant suite à la demande des patients

Avec un risque de sur-diagnostic, donc de sur- traitement exposant à des évènements indésirables graves

QUELS SONT LES DOMAINES D' ACTIONS PRIORITAIRES EN MEDECINE GENERALE ?

-  Veiller à la pertinence des actes et des pratiques
-  Pertinence des prescriptions d'imagerie, de biologie médicale
-  Renforcer la pertinence des prescriptions
-  Bon usage des médicaments : analyse des prescriptions hors référentiels
-  Observance des traitements médicamenteux...
-  Favoriser les parcours de soins les plus pertinents
-  Parcours de santé des patients en IRC
-  Développement et recours pertinent à l'HAD
-  Coordination ville-hôpital dans la continuité de la prise en charge médicamenteuse,
-  Analyse des hospitalisations potentiellement évitables (HPE)

QUELS OUTILS PROPOSES :

A/ CHOOSING WISELY : « CHOISIR AVEC SOIN »

C'est un instrument de dialogue pour le clinicien afin d'améliorer la pertinence de ses décisions et de ses prescriptions et pour le patient afin de l'associer à cette démarche

Née aux USA en 2012 à l'initiative de la société savante de médecine interne (ABIM)

La France est à l'initiative de la FHF (fédération hospitalière de France) en 2015 et

normalement la HAS devrait développer aussi ce programme sur l'ensemble des disciplines.

EXEMPLE DE CE QUI POURRAIT ETRE FAIT EN MEDECINE GENERALE :

Le principe est d'identifier par spécialité médicale des recommandations ou attitudes à respecter selon deux critères : la balance bénéfices/risques et l'existence éventuelle d'un risque réel de non-pertinence

En appliquant la formulation « **il n'y a pas lieu de** »

1. La première concerne la psychiatrie : « Les antipsychotiques augmentent la mortalité du patient souffrant de démence. En cas de troubles du comportement, ils ne doivent être prescrits qu'en dernier recours »
2. La seconde recommandation : « Les infections urinaires asymptomatiques, celles qui ne déclenchent pas des symptômes cliniques ne doivent pas être recherchées ni traitées »

3. Troisième recommandation : « Les traitements de personnes âgées fragiles doivent être régulièrement réévalués en fonction du bénéfice attendu »
4. Quatrième recommandation : Aux regards des effets secondaires « Il n’y a pas d’indication à traitement prolongé par benzodiazépine » ; il y a par ailleurs une grande disparité régionale inexplicée.

B/ REALISATION D’UNE GRILLE D’ANALYSE DE LA PERTINENCE D’UN SOIN

Choisir un thème pour lequel un changement est souhaité dans la pratique professionnelle :

1. Tenir compte de la fréquence du soin dont on souhaite améliorer la pertinence de l’indication, des disparités de pratiques que les données épidémiologiques (facteurs de risque) n’expliquent pas, des conséquences en termes de qualité/sécurité des soins, de dépenses de santé ou d’organisation des soins, ainsi que de la faisabilité de la démarche ;
2. Se baser sur un diagnostic de situation de la pratique réelle. Il peut être réalisé sur quelques dossiers à partir d’une discussion en équipe, sans nécessairement passer par un audit de pratique complet ;
3. S’assurer de la disponibilité d’outil d’évaluation ou de références professionnelles permettant d’en établir un.

Choisir les critères d’évaluation :

1. Soit de choisir un référentiel préétabli. Par exemple, si l’on souhaite évaluer la pertinence des hospitalisations (admissions et/ou journées d’hospitalisations) le choix pourra se porter sur l’outil AEP « Appropriateness Evaluation Protocol »
2. Soit établir une grille de critères sur la base de références professionnelles, avec un grade connu (niveau de preuve)

Etablir :

1. Les critères liés à la pathologie
2. Les critères liés à la comorbidité
3. Les critères liés aux conditions de vie
4. Les critères liés à l’environnement

C/ EXEMPLE DE GRILLE CONCERNANT LES CRITERES DE PERTINENCE D’HOSPITALISATION DES NOURRISSONS ATTEINT DE BRONCHIOLITE : (HAS : décembre 2012)

Critères liés à la pathologie et à la comorbidité

1. Aspect « toxique » (altération importante de l’état général)
2. Survenue d’apnée, présence d’une cyanose
3. Fréquence respiratoire >60/minutes
4. Prématurité < 34 semaines d’aménorrhée, âge corrigé < 3 mois
5. Cardiopathie sous-jacente, pathologie pulmonaire chronique grave
6. Saturation artérielle transcutanée en oxygène < 94% sous air au repos ou lors de la prise des biberons

7. Troubles digestifs compromettant l'hydratation et entraînant une déshydratation avec perte de poids > 5%
8. Présences d'un trouble ventilatoire détecté par une radio thoracique, pratiquée sur des arguments cliniques

Critères liés aux conditions de vie et aux difficultés psycho-sociales :

1. Capacités de la famille en termes de surveillance, de compréhension et d'accès aux soins
2. Conditions de vie de l'enfant,
3. Logement insalubre

Critères liés à l'environnement

1. Ressources sanitaires locales

D/ CHOIX ET QUALITE D'UN CRITERE DE PERTINENCE :

Il doit être :

1. Valide : apte à mesurer le paramètre qu'il est censé mesurer
2. Fiable : apte à mesurer de façon précise et reproductible
3. Sensible : apte à mesurer les variations
4. Spécifique : caractéristique de l'activité évaluée

Il doit être facile d'utilisation :

1. Pragmatique : en explorant des situations fréquentes
2. Discriminant : en faisant la différence entre bonne et mauvaise pratique
3. Compréhensible : formulé en termes simples et accessibles

LES APPLICATIONS DE LA PERTINENCE DES SOINS :

1. Elle s'applique à un soin ou à un programme de soins, et de manière générale à l'ensemble d'une pratique
2. Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés
3. Si **l'un d'entre eux est présent** le soin ou le programme de soins est **pertinent**.
4. Il peut être non pertinent mais justifié par *exemple* : *absence de structures en ambulatoire dispensant les soins techniques appropriés*
5. Il peut être non pertinent et non justifié : *Exemple* : *Patient hospitalisé pour recevoir des soins qui pourraient être prodigués en extra hospitalier à qualité égale et à moindre coût*
6. Un soin non pertinent peut l'être par excès ou par défaut.

EXPERIENCES EN REGIONS :

Il existe une grande variabilité des pratiques entre les régions et les territoires de santé. Une étude de l'ARS Normandie en 2016 a montré des disparités de pratique entre les différents départements normands concernant certaines pratiques chirurgicales résumées dans le tableau ci-dessous.

Les retours d'indicateurs semestriels des groupes Qualité® montrent la même disparité des pratiques généraliste. Devons nous contenter de ce constat ou revoir nos décisions et nos prescriptions en fonction des règles d'une analyse pertinente de nos actes ?

Actes	Nb sej Ndie	Ex-Haute-Normandie			Ex-Basse-Normandie			
		HN	27	76	BN	14	50	61
2 Canal carpien	9 534	1,26	1,33	1,23	1,31	1,4	1,22	1,26
3 Appendicectomie	3 884	0,94	1,02	0,9	1,06	1,03	1,01	1,24
7 Amygdalectomie	3 061	1,04	1,06	1,03	0,75	0,63	0,65	1,27
30 Thyroïdectomie	2 198	0,96	0,97	0,96	0,87	0,96	0,72	0,94
33 Chirurgie bariatrique	2 911	1,62	1,51	1,67	0,77	0,68	0,88	0,86
4a Cholécystectomie (07C13)	1 616	1	1,13	0,94	0,91	0,85	0,81	1,2
4b Cholécystectomie (07C14)	4 455	1,17	1,14	1,19	0,97	0,96	0,93	1,05

Détail des indices de taux de recours standardisés par département de Normandie

Actes	Nb sej Ndie	Ex-Haute-Normandie			Ex-Basse-Normandie			
		HN	27	76	BN	14	50	61
5 Bronchiolite	2 463	1,02	1,02	1,02	1,24	1,32	1,14	1,19
6 BPC surinfectée	4 800	1,12	1,17	1,1	1,31	1,18	1,32	1,52
9 Prothèse totale de hanche	6 099	1,09	1,12	1,07	1,15	1,13	1,14	1,19
10 Infection inflam resp(adult)	2 446	1,05	0,99	1,08	1,18	1,32	1,08	1,07
11 Drains transtympaniques	2 961	2,36	1,84	2,63	1,47	2,01	0,65	1,51
20 Infect reins et des voies urinaires	5 908	1,16	1,22	1,14	1,2	1,18	1,16	1,28
21 Varice	5 324	0,85	0,83	0,86	1	0,65	1,44	1,05
22 Anévrisme de l'aorte	228	1,61	1,84	1,51	1,24	1,29	0,98	1,56
23 Colectomie totale	173	1,2	0,86	1,36	1,21	1,29	1,08	1,37
29 Pontage coronaire	1 107	0,74	0,83	0,7	1,42	1,3	1,49	1,53
31 Valve aortique	691	1,25	1,14	1,3	1,2	1,08	1,28	1,32
32 Chirurgie du rachis	5 205	1,09	1,15	1,06	1,12	1,13	1,13	1,1

Un indice = 1 signifie que le recours est identique au national. Un indice >1 indique que le recours est supérieur, un indice <1 indique que le recours est inférieur.

CONCLUSION :

On peut caractériser la pertinence des soins comme la capacité à délivrer le bon soin, au bon moment et à la personne qui en a besoin. Une approche qui couvre un large champ d'activité, au-delà du seul geste médical, et qui s'entend pour l'ensemble de la prise en charge du patient, tout au long de son parcours de santé.

La pertinence des soins se conçoit donc de plus en plus à l'échelle d'une équipe de professionnels, qui doivent par exemple s'accorder pour associer au mieux un acte chirurgical, des soins post-opératoires, des prescriptions de médicaments et des conseils hygiéno-diététiques.






Par ailleurs, elle se mesure aussi à partir d'indicateurs concrets, qui ont trait à la qualité de vie du patient. Peut-il reprendre une activité physique normale, peut-il retourner à son travail ? Souffre-t-il de douleurs, de gêne physique à se déplacer, de syndrome dépressif ?

Elle est donc adaptée aux 5 missions fondamentales de la médecine : **PREVENIR, RASSURER, GUERIR, SOULAGER, ACCOMPAGNER.**

PROPOSITION DE FONCTIONNEMENT DES GROUPES :

1 ère proposition :

A propos d'un cas apporté par les participants le groupe élabore la grille de pertinence
Chaque participant rédige les critères qui lui semblent pertinents pour cette situation ;
Chaque participant énumère les critères qu'il a retenu
L'animateur les écrits au paper board en les regroupant si nécessaires et en les triant en catégorie :







-  Pluridisciplinarité
-  Critères médicaux ou paramédicaux
-  Etat général du patient
-  Critères médico-sociaux et environnementaux
-  Etc...

Si c'est possible une recherche de recos est faite lors de la réunion.

A l'aide de cette grille une analyse de pertinence est faite sur le cas proposé.

2ème proposition :

On demande aux participants de venir avec des cas sur une liste préétabli : On fournit aux animateurs les grilles disponibles ci-dessous.

-  Pertinence d'une hospitalisation d'une bronchiolite
-  Pertinence d'une lombalgie confiée au chirurgien
-  Pertinence d'une recherche d'helicobacter pylori
-  Pertinence d'un traitement par helicobacter pylori
-  Pertinence d'envoi d'un patient confié à l'ORL et mise en place d'aérateurs trans-tympaniques
-  Pertinence d'une hospitalisation pour une bronchopneumopathie

Lors de la séance même travail que précédemment, le groupe élabore sa grille de pertinence que l'on compare en fin de rédaction à la grille fournit à l'animateur et l'on fait l'analyse de pertinence sur le cas proposé.

BIBLIOGRAPHIE

SITES :

1. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/pertinence-des-soins-10584/pertinence>
2. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1499665/fr/quelles-definitions-pour-la-pertinence-des-actes
3. <http://www.leciss.org/sites/default/files/ACTES-Journee-Pertinence.pdf>
4. <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-06/Pertinence-1erJuin2017-Conf%C3%A9rence-LMORET.pdf>
5. http://www.jle.com/download/med-308129-regards_sur_la_prevention_en_medecine_generale--XBSlfX8AAQEAAfKZF8AAAAD-a.pdf
6. <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.pdf>
7. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-11/revue_de_pertinence_des_soins.pdf
8. <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/2-Rapport-Pertinence-des-strat%C3%A9gies-m%C3%A9dicales-27-mars1.pdf>
- 9.

DOCUMENTS :

1. Université de Lyon 2016 Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale
2. IRDES novembre 2018 : La pertinence des soins en France. Les principaux dispositifs et leurs évaluations
3. Revue de pertinence des soins HAS 2017
4. ARS Bretagne : Pertinence des soins : novembre 2013
5. ARS national : pertinence des soins et qualité des pratiques : février 2018
6. Plan d'action pluri annuel régional d'amélioration de la pertinence des soins en Normandie : 2016-2019
7. Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchiolite (GMH 04M18) : HAS décembre 2012
8. Pertinence de la lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie. HAS octobre 2015
9. Pertinence des soins : Diagnostic de l'infection à H.pylori chez l'adulte. HAS mai 2017
10. Pertinence des soins : traitement de l'infection par H. pylori chez l'adulte. HAS mai 2017
11. Pertinence des soins : pose d'aérateurs trans tympaniques dans l'otite moyenne sévère et sero muqueuse chronique bilatérale chez l'enfant. HAS mars 2017
12. Pertinence du recours à l'hospitalisation pour broncho pneumopathie chronique HAS décembre 2012