



Pertinence des soins :

Un levier pour un système médical plus sûr et moins coûteux.

L'accélération du progrès thérapeutique, fruit de la recherche et de l'innovation tant scientifique que technologique, élargit chaque jour un peu plus les moyens d'investigation et d'actions à la disposition des professionnels et établissements de santé.

Cette profusion ouvre la voie à de nouveaux diagnostics et traitements qui sont autant d'espoirs et de chances de guérison pour un nombre toujours plus grand de patients. En parallèle à cette profusion se développe un accroissement du pouvoir, désormais inscrit dans la loi, **d'un patient de plus en plus participatif, de mieux en mieux informé, et parfois désinformé, par internet, et ainsi en position d'influencer la prescription du médecin** ; une influence dont le poids est renforcé par le risque accru de judiciarisation de l'erreur médicale.

La charte des droits des patients en Allemagne favorise le recours, pour les patients, à un second avis médical. Cela signifie que les médecins doivent coopérer lorsqu'un patient exprime son souhait de solliciter l'avis d'un second praticien indépendant. Le médecin soignant se voit donc dans l'obligation de donner accès au dossier médical du patient et de coopérer avec l'un de ses confrères. Seuls les documents exprimant des représentations schématiques subjectives par le médecin peuvent ne pas être transmis.

C'est dans ce contexte que **la problématique de la pertinence des soins** est aujourd'hui abordée par plusieurs institutions de santé, en France et dans le monde, sans pour autant déboucher sur de véritables politiques d'amélioration. Si les conséquences des erreurs de diagnostic et de traitements inadaptés ont fait l'objet de nombreuses études médico-économiques, ces dernières ne concernent que quelques pathologies très répandues comme le cancer de la prostate ou de la thyroïde ou d'actes courants comme l'appendicectomie ou l'amygdalectomie.

Ainsi, cette problématique reste peu documentée alors que **ses conséquences semblent considérables tant sur le plan humain et sanitaire que sur le plan économique**. En effet, la proportion **d'un quart de soins inutiles dans les pays développés** (sur-prescriptions d'examens et de médicaments, d'actes médicaux et chirurgicaux, parcours de soins inappropriés, etc.) est souvent évoquée¹.

Palier ces erreurs par **une politique volontariste** dans ce domaine permettrait :

- **Un bénéfice patient immédiat** en lui évitant des souffrances inutiles et les effets indésirables de traitements inappropriés.
- **Un bénéfice sur la qualité des soins** avec une meilleure adhésion des patients à leur traitement.
- **Un bénéfice économique appréciable** dans un contexte d'augmentation du coût de nombreux traitements et de recherche de diminution du budget de la santé, avec un impact positif et en synergie avec les politiques de prévention.

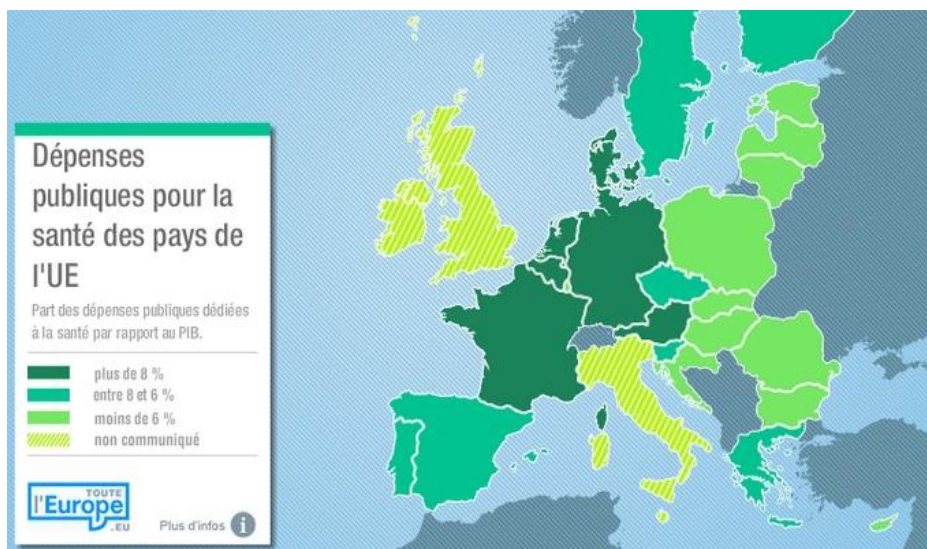
¹Source CISS – Communiqué de presse du 15 mars 2017

Des solutions à la hauteur de ces enjeux existent et sont aujourd'hui mises en œuvre dans de nombreux pays comme **la généralisation de la pratique collaborative et du recours à un avis d'expert**. Ces solutions nécessitent néanmoins **l'adhésion et la mobilisation de l'ensemble des acteurs de la prévention, du diagnostic et du soin** : patients, professionnels et établissements de santé, industriels, autorités de santé et organismes de prise en charge.

C'est dans ce contexte, et pour contribuer à apporter des réponses à cette problématique complexe, que la Commission Santé de la Fondation Concorde a décidé de réunir un groupe pluridisciplinaire d'experts composé d'économistes, de professionnels de santé, de représentants d'industriels et d'organismes de prise en charge. Réuni sous la présidence du professeur Daniel Sereni, ce groupe présente ici ses propositions avec l'ambition que notre système de santé redevienne l'un des meilleurs du monde sans en altérer ses valeurs de solidarité.

Un puissant levier pour contribuer à la réduction des dépenses de santé

En mai 2017, le groupe américain *Institute for Health Metrics and Evaluation*, financé par la fondation Bill and Melinda Gates, a publié une étude² plaçant le système de santé français au quinzième rang mondial. Malgré le fait que notre système soit reconnu pour son accès égalitaire aux soins, son accès aux innovations thérapeutiques et son aspect solidaire, ses performances en termes de qualité ne sont pas tout à fait optimales et il reste très coûteux.



En 2015, l'OCDE estimait les dépenses de santé des français à 11% du PIB³ (soit le sixième plus gros consommateur de l'OCDE) et à 1.3% leurs dépenses pharmaceutiques en 2014⁴. On estime à près de 50 milliards d'euros par an le coût de soins inutiles, soit près de 10.5% du budget de la Sécurité Sociale.

Figure 1 Dépenses publiques pour la santé des pays de l'UE – Toute l'Europe

¹ <http://sante.lefigaro.fr/article/le-systeme-de-sante-francais-au-15e-rang-mondial/>

³ Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015

⁴ Enquête LEEM : « Consommation : répartition et financement »

En 2012, la Fédération Hospitalière de France (FHF) dévoilait que près de **30% des actes médicaux étaient jugés injustifiés**⁵. En effet, si l'on se base sur les données du PLFSS 2017 (voir tableau ci-dessous), cela équivaldrait à **un coût de 38 milliards d'euros par an sur un budget global de près de 114 milliards d'euros**.

Tableau II.2.1- Effectifs et dépenses moyennes remboursées par an par patients en 2014 pour les principaux groupes de populations considérées

| | Effectifs | Dépense moyenne totale | dont soins de ville | dont hospitalisations | dont prestations en espèces |
|---|-----------|------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Pathologies cardio-neurovasculaires | 3 641 133 | 3 684 € | 1 509 € | 1 928 € | 248 € |
| dont | | | | | |
| Pathologies cardiovasculaires aiguës | 318 814 | 10 383 € | 1 400 € | 8 718 € | 265 € |
| Pathologies cardiovasculaires chroniques | 3 531 806 | 2 861 € | 1 429 € | 1 201 € | 231 € |
| Traitements du risque vasculaire | 7 582 589 | 680 € | 533 € | 45 € | 102 € |
| Diabète | 3 020 769 | 2 183 € | 1 817 € | 224 € | 143 € |
| Cancers | 2 491 264 | 5 405 € | 2 025 € | 3 020 € | 361 € |
| dont | | | | | |
| Cancers actifs | 1 055 355 | 11 316 € | 3 840 € | 6 929 € | 547 € |
| Cancers surveillés | 1 507 952 | 1 010 € | 657 € | 140 € | 213 € |
| Maladies psychiatriques ou traitements psychotropes | 7 292 501 | 2 656 € | 776 € | 1 313 € | 567 € |
| dont | | | | | |
| Maladies psychiatriques | 1 808 680 | 7 205 € | 1 279 € | 4 945 € | 981 € |
| Traitements psychotropes | 5 483 821 | 1 156 € | 610 € | 115 € | 431 € |
| Maladies dégénératives (démences et Parkinson) | 682 927 | 4 104 € | 2 520 € | 1 522 € | 62 € |
| Maladies neurologiques | 547 432 | 5 351 € | 2 935 € | 1 691 € | 725 € |
| Maladies respiratoires chroniques | 2 977 616 | 901 € | 592 € | 225 € | 83 € |
| Maladies inflammatoires, rares et VIH | 964 593 | 4 971 € | 3 408 € | 1 167 € | 395 € |
| Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) | 74 200 | 44 067 € | 13 222 € | 29 948 € | 897 € |
| dont | | | | | |
| Dialyse chronique | 41 157 | 64 093 € | 17 365 € | 46 126 € | 602 € |
| Transplantation rénale | 2 742 | 72 567 € | 17 565 € | 52 921 € | 2 081 € |
| Suivi de transplantation rénale | 30 301 | 14 286 € | 7 200 € | 5 895 € | 1 192 € |
| Maladies du foie ou du pancréas | 478 667 | 4 068 € | 2 785 € | 987 € | 296 € |
| Traitement antalgique ou anti-inflammatoire | 1 431 805 | 990 € | 552 € | 77 € | 361 € |
| Maternité | 1 290 990 | 6 094 € | 801 € | 2 775 € | 2 519 € |
| Hospitalisations ponctuelles | 7 695 789 | 3 686 € | 507 € | 2 834 € | 345 € |

Champ: régime général – France entière

Source: Cnamts (cartographie 2014)

Dans son rapport annuel faisant l'état des lieux des comptes de la Sécurité sociale pour l'année 2016, la Cour des Comptes observe d'ailleurs que le système de santé français est construit de telle sorte que **le patient est amené à multiplier les examens par manque d'outils de partage et de transmission des données entre les différentes parties prenantes**. Elle pointe également du doigt le « **caractère inflationniste** » de la rémunération à l'acte.

A titre d'exemple, le taux de recours à une IRM en France est largement supérieur à celui de nos voisins européens et d'outre-Atlantique : 40% en France en 2013 contre 8,2% en Allemagne ou encore 24% aux Etats-Unis. Ou encore, d'après l'OCDE et Eurostat⁶, la France serait le second pays à détenir la plus longue durée d'hospitalisation (près de 10 jours), contre une moyenne européenne de 8 jours.

Au vu du contexte économique actuel où l'Etat est endetté à hauteur de 100% de son PIB, et où la sécurité sociale est en déficit structurel, et au-delà des drames humains qu'elle génère, on ne peut que déplorer la multiplication d'examens et d'actes inutiles, coûteux pour la collectivité.

Note rédigée par la commission santé de la Fondation Concorde, sous la présidence du Professeur Daniel Sereni

⁵ Enquête FHF (2012) « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés »

⁶ Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE

Les propositions de la Fondation Concorde

1) Adapter la formation médicale initiale et continue à la collégialité et à la culture du recours

L'évolution rapide des moyens mis à la disposition des médecins rend aujourd'hui nécessaire une mise à niveau des programmes tant de formation initiale que continue des médecins. Il sera recommandé dans ce cadre d'inscrire le sujet de la pertinence des soins au programme des études médicales dans chaque filière de spécialité. Cette mise à niveau pourra impliquer les Unités de Formation et de Recherche (UFR) de santé et les sociétés savantes. En parallèle à cette formation, il s'agira également de réhabiliter et promouvoir l'investigation personnelle et l'examen clinique, pratiques susceptibles de réduire la demande en examens complémentaires coûteux et parfois source d'une perte d'un temps précieux pour le patient.

2) Mettre en œuvre de façon concrète, le dossier patient informatisé.

Grâce à la portabilité de son dossier médical informatisé, le patient sera en mesure de mieux comprendre sa maladie. Ceci lui permettra de mieux faire la liaison entre la médecine en ville et à l'hôpital. Pour s'assurer de sa mise en place, le Ministère de la Santé devrait effectuer un appel à projet auprès de start-ups françaises en délégation de service public. L'externalisation de la réalisation d'un dossier informatisé partagé et généralisé à tous pourrait ainsi voir le jour dès l'automne 2018.

3) Encourager le travail collaboratif et la pratique d'un deuxième avis comme cela est déjà le cas dans le cadre du Plan Cancer

Permettre au patient, en cas de maladie grave et / ou de prescription lourde, d'accéder à un deuxième avis médical rendu par un expert dans le cadre d'un protocole conforme aux recommandations des autorités sanitaires. En effet, des études ont montré que le recours à un second avis pouvait éviter des actes inutiles, et ainsi des surcoûts pour l'Assurance Maladie. Dans le cas du cancer de la prostate, la pratique du second avis a permis de réaliser un gain actuariel de 0.7% à l'Assurance Maladie et 60% aux Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (OCAM)⁷.

4) Promouvoir une véritable démarche d'économie des actes : « less is more »

Lancement d'une campagne nationale de sensibilisation sur la pertinence des soins à destination tant des médecins que des patients et renforcer l'éducation à la santé dès l'école primaire. Cette campagne déclinera, comme cela a été le cas pour les antibiotiques, les bénéfices, pour la santé, d'une économie d'actes.

5) Impliquer des pharmaciens cliniciens

Renforcement du rôle des pharmaciens cliniciens dans le conseil thérapeutique sur les médicaments et les dispositifs dont ils assurent la dispensation comme cela est déjà le cas pour les dosages et risques d'interactions. En effet, 36%⁸ des usagers souhaitent un soutien et des prestations personnalisés concernant le suivi des traitements de pathologies lourdes ou chroniques. Il est donc essentiel d'associer le patient-usager qui est également demandeur de plus de services à l'officine.

6) Informer les patients

Mettre à disposition du public des outils d'information, d'identification d'experts et de dialogue faciles d'accès : sites internet dédiés, applications pour smartphones, etc. Il est important de rendre plus lisible l'expertise médicale, notamment en développant le principe du français facile à lire et à comprendre.

7) Créer un Observatoire de la Pertinence des Actes Médicaux

Cet observatoire aura pour mission le recueil et l'étude des données relatives à la pertinence des soins : des indicateurs sur la variation des pratiques médicales, entre professionnels comme entre établissements, basés sur les résultats et non exclusivement sur les processus, et permettant la publication régulière de données vérifiées et objectives. Ces données seront disponibles en open-source et pourront être utilisées tant à des fins pédagogiques que de comparaisons des performances françaises avec celles d'autres pays européens.

⁷ Etude Opusline 2016

⁸ Résultats de l'enquête « les journées qualité PHSQ », 2015