

LA PERTINENCE DES ACTES : DES RECOMMANDATIONS À LA PRATIQUE

Dr Martin RABOT¹

1. Centre Hospitalier de Valence.

INTRODUCTION - DÉFINITIONS

S'il est intéressant d'aborder la question de la pertinence des actes dans le cadre de la prévention des problématiques médico-légales c'est, qu'avant tout, la meilleure façon d'éviter les complications est de ne pas réaliser un examen !

Mais nous allons voir que ce sujet dépasse largement le champ médico-légal et comporte des réflexions sur la prise en compte des particularités des patients et sur l'organisation des soins. Il va même beaucoup plus loin, dans le champ de l'éthique, de la soutenabilité économique et écologique de notre système de santé, et touche à la formation de nos futurs collègues.

Ce sont les anglo-saxons qui se sont intéressés le plus tôt, dans les années 70, au concept de pertinence des actes, et notamment aux États-Unis une société d'analyse stratégique, la RAND Corporation¹. Cette première approche s'est concentrée uniquement sur l'acte en lui-même, en exigeant que le bénéfice global escompté soit supérieur aux conséquences négatives prévisibles.

Le NHS (National Health Service) en Grande-Bretagne a enrichi cette définition² en prenant en compte 2 autres aspects fondamentaux : la disponibilité des ressources (et nous savons qu'il s'agit d'une problématique d'actualité !) et celle des particularités du patient et notamment de ses préférences dans la détermination de l'intervention la plus pertinente pour lui.

En France, la définition de l'HAS reprend ces éléments d'une manière synthétique et claire³. Ainsi un acte pertinent est le bon acte, réalisé pour le bon patient, au bon endroit et au bon moment. La réalisation du bon acte fait appel au respect des recommandations et à l'état de l'art. Cet acte doit être réalisé pour le bon patient, ce qui implique une personnalisation des stratégies et la prise en compte de ses préférences. Et tout cela au bon endroit, donc grâce à une organisation des soins permettant des soins de qualité accessibles à l'ensemble de la population, et au bon moment ce qui implique une bonne organisation du parcours du patient.

Le premier décret relatif à la promotion de la pertinence des actes date de 2015⁴ puis elle a été intégrée dans la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022⁵.

THÉORIE ET PRATIQUE

En pratique, nous avons la chance en cardiologie d'avoir une base solide de recommandations disponibles, y compris via des applications, et qui fait consensus, notamment celles de l'European Society of Cardiology⁶.

Mais si l'on regarde, par exemple, l'augmentation importante et récente du recours au coroscaner comme examen diagnostique d'une coronaropathie chronique. Cette évolution des pratiques s'appuie sur les dernières recommandations⁷ qui avaient très certainement pour but de simplifier l'évaluation des symptômes et de clarifier la stratification du risque cardio-vasculaire. Mais cette stratégie pose question quand elle aboutit à une angioplastie coronaire sans évaluation fonctionnelle, chez un patient aux symptômes atypiques.

Pour ce qui est de la personnalisation des prises en charge, elle doit faire appel en tout premier lieu à l'équipe. D'abord localement, grâce à la désormais bien connue Heart Team, qui permet une approche pluridisciplinaire regroupant cardiologue médical, expert interventionnel, chirurgien, anesthésiste, sans oublier des spécialités qui vont devenir centrales avec l'évolution du profil des patients à savoir la gériatrie et les soins palliatifs.

Cette Heart Team doit d'une part savoir recourir aux centres de référence, quand ses compétences locales sont insuffisantes, car leur expertise dans des domaines particuliers est indéniable. Et d'autre part, la réalité montre que ces pratiques sont chronophages et dépendent du mode d'exercice, des ressources du centre et bien sûr du degré d'urgence de l'intervention ! Les outils numériques sont heureusement déployés de manière diffuse actuellement et permettent des concertations distancielles rapides.

Il est par ailleurs probable que l'IA trouvera dans l'aide à la personnalisation des décisions un champ d'application utile aux praticiens. Car sa capacité à synthétiser rapidement une masse de données complexes est désormais démontrée. Il ne manque plus qu'à poursuivre le développement de modèles spécifiques à la cardiologie qui appuieront le praticien en rythmologie pour l'ablation, en coronarographie pour l'angioplastie, ou en imagerie pour la quantification, par exemple.

Un autre enjeu de la personnalisation des stratégies est avec certitude la nécessité de faire évoluer le concept de consentement du patient, qui est parfois recueilli dans des conditions d'information incomplètes ou sans délai de réflexion, pour aller vers celui de préférences du patient. Cela nécessite qu'il définisse l'objectif principal de sa prise en charge, ce qui pourra au passage alléger le poids pour le praticien de décisions difficiles. Il paraît également essentiel de recueillir sa perception des effets secondaires éventuels pour anticiper son ressenti si ceux-ci survenaient.

Mais il est évident que tout cela prend du temps et il semble important à cette étape de mener une réflexion pour rééquilibrer le rythme des prises en charge et des parcours patients.

La constitution d'équipes fortes « d'experts », à hauts volumes, est importante pour diminuer l'incidence des événements indésirables. De même, les bénéfices de la stratégie ambulatoire en termes de confort pour le patient et en termes de rationalisation des dépenses ne sont plus à argumenter et cette stratégie est médicalement sûre⁸.

Mais l'écueil serait d'aller vers une « industrialisation » des prises en charge et la qualité ne doit pas être envisagée que par le prisme de la rapidité ou de la haute technicité. Dans le virage ambulatoire⁹, il ne faut d'ailleurs pas occulter les impacts médico économiques de la tarification à l'acte, dont la balance n'est finalement pas favorable quand le patient doit revenir, ce qui lui est fréquemment imposé dans les faits. Ce mode de tarification gonfle avec certitude le volume des actes et la célérité du parcours limite la possibilité de valider la pertinence de l'acte en amont.

Et l'observation est valable, pour des raisons différentes mais avec les mêmes conséquences, dans le secteur libéral et dans les établissements publics, qui dirigent leurs stratégies en tenant compte en 1^{er} lieu des indicateurs de DMS et de volume de séjours.

Par ailleurs, dans le domaine de l'organisation des soins, la disponibilité des ressources est éminemment dépendante des capacités d'hébergement et il y a là aussi un enjeu d'avenir pour que les soins non programmés à l'intention des gens âgés et dépendants ne compromettent pas la prise en charge des pathologies aiguës nécessitant des ressources spécialisées, médicales et matérielles.

Enfin, une fois ces ressources déployées, il faut également pouvoir y accéder. Et c'est ce à quoi s'attellent les parcours inter hospitaliers et les réseaux ville-hôpital, dont le fonctionnement s'appuie par exemple sur la création sur tout le territoire des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), et, sans les avoir attendues, sur les filières existantes de longue date entre la cardiologie libérale et les structures hospitalières.

Toutes ces problématiques d'accès et d'organisation des soins restent prégnantes quand on voit l'hétérogénéité du recours à la coronarographie en France encore à l'heure actuelle, réalisée chez 3,6 / 1000 habitants dans les endroits les moins pourvus mais chez 9,9 / 1000 habitants ailleurs (x 2,75)¹⁰. Et c'est, pour l'histoire, par ce biais que la réflexion a été amorcée car il existe, fatalement, un usage excessif (« over-use ») et un sous-usage (« under-use ») auxquels il faut s'attaquer. Nous pouvons au passage regretter sur ce point que les autorités de régulation de l'offre de soins n'aillent pas plus loin dans la définition d'organisations territoriales fonctionnelles et pertinentes, car il semble malgré tout que les problématiques soient globalement les mêmes partout.

Et pour enfin conclure ce chapitre, tout praticien qui aurait réussi grâce à une énergie débordante et une rigueur de chaque instant à intégrer l'ensemble de ces problématiques sera malgré tout soumis au facteur humain, théorisé par le regretté Hubert Reeves.

Avec 4 grands biais auxquels tout le monde reconnaîtra être soumis : l'habitude qui entraîne une résistance au progrès, la confusion possible entre qualité des soins et abondance de l'offre, le refus d'atteinte à la liberté individuelle

de décision, dans un système où la médecine demeure « profession libérale » et enfin l'inquiétude d'une action médico-légale, qui aboutit parfois à s'entourer de moyens diagnostiques et thérapeutiques excessifs pour ne pas se voir reprocher une perte de chance pour le patient.

À L'AVENIR

À l'avenir, la problématique de la pertinence des actes est donc vaste et nous concerne tous au quotidien. Et ceci est loin d'être terminé car il existe pour le futur des enjeux majeurs auxquels nous devrions dès maintenant nous atteler.

Nous n'avons pas évoqué les aspects de soutenabilité de nos systèmes de santé, qui sont pourtant pleinement d'actualité.

D'abord, la soutenabilité économique, qui fait la une des médias chaque semaine. La France consacrait par exemple en 2023 11,5% de son PIB, soit 325 milliards d'euros¹¹, à la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elle le fait, il faut le reconnaître, avec une certaine efficacité qui aboutit à ce que son espérance de vie moyenne en 2021 selon l'OMS soit de 81,9 ans¹², à peu de distance du Japon en tête de classement à 84,5 ans. Mais il est indéniable que ces dépenses pèsent dans le budget des services publics et les finances de la population. Et il faut se méfier d'une stratégie du quoi qu'il en coûte car, sur ce thème, l'exemple américain est flagrant. Avec des dépenses courantes de santé qui flirtent avec les 18% du PIB¹³, l'espérance de vie moyenne en 2021 n'y était que de 76,4 ans, au niveau de l'Albanie par exemple... Et le coût économique de la non-pertinence des dépenses en France est déjà estimé à 20% des dépenses totales de santé !

L'autre enjeu à ne surtout pas oublier, même s'il semble avoir lui disparu des médias, est celui de la soutenabilité environnementale de notre secteur de santé, qui est responsable en France de 8% des émissions de gaz à effet de serre (ce qui représente 46 millions de tonnes de CO₂). L'AP-HP en Ile-de-France s'est par exemple attelée au sujet, en réalisant le préalable indispensable à la réduction des émissions qu'est la réalisation d'un bilan carbone (Outil Carebone¹⁴). Cette évaluation a notamment permis d'estimer les émissions de CO₂ par journée d'hospitalisation en 2022 à 182 kilos, ce qui représente peu ou prou un trajet aller Paris Nice en avion moyen-courrier... et ceci sans prendre en compte le besoin en matières premières de ce secteur technologique très consommateur de ressources rares.

Dans un tout autre domaine, un des enjeux à l'avenir est d'intégrer toujours plus l'éthique à nos prises en charge. Dans une population de plus en plus âgée, l'excès de recours aux soins peut augmenter les situations d'acharnement thérapeutique, qui est par nature une transgression majeure au principe de pertinence. Il faut donc soutenir les approches de ces dernières années qui intègrent au quotidien gériatres et soins palliatifs. La préoccupation centrale de notre médecine doit demeurer celle de la qualité des soins et non de l'abondance de l'offre.

Enfin, l'approfondissement et la prise en compte de tous ces sujets n'a de sens que s'ils sont transmis. Il est donc primordial que l'évaluation de la pertinence des actes intègre plus le cursus de formation des étudiants. La dernière réforme de l'internat en cardiologie n'est pas forcément allée en ce sens, avec un grand nombre de Docteurs Juniors surspécialisés au détriment du nombre des cursus généralistes, qui forment pourtant le socle des acteurs de la prise en charge cardiologique partout sur le territoire. Cette orientation technique des parcours se fait probablement en partie au détriment de l'apprentissage de la décision et de sa pertinence. Il serait intéressant que l'apprentissage de l'écoute, du raisonnement, de la pondération, du « réalisme continue à être abordée à sa juste valeur jusqu'au bout du cursus¹⁵, en plus que celui de la réalisation pratique des examens.

CONCLUSION

Comme vous l'avez lu, la question de la pertinence des actes est une question extrêmement riche.

Elle consiste donc en tout premier lieu à proposer le bon acte pour le bon patient, au bon endroit et au bon moment, ce qui implique de suivre les recommandations fondées sur les acquis de la médecine par les preuves, de personnaliser les prises en charge selon les préférences du patient autant qu'avec son consentement, et de se donner les moyens d'une organisation des soins efficaces en adoptant des parcours définis en amont, en accordant une place importante à la concertation en équipe, avec l'appui des centres de référence.

Mais au-delà de ces points connus de tous, la pertinence des actes doit s'appuyer sur une médecine raisonnable qui intègre l'ensemble des données disponibles, une médecine sobre plutôt que du quoi qu'il en coûte, intégrant les problématiques de soutenabilité. Cette médecine doit préférer des soins de qualité à une abondance d'offre, exigence rendue possible grâce à une formation rigoureuse à « l'art médical » autant qu'à la technique.

RÉFÉRENCES

1. Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Koseoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care* 1986;2(1):53-63.
2. What do we mean by appropriate health care? Report of a working group prepared for the Director of Research and Development of the NHS Management Executive. *Qual Health Care* 1993;2(2):117-23
3. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/pertinence-des-soins-10584/pertinence>
4. Décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé. NOR : AFSH1518673D. JORF n°0270 du 21 novembre 2015
5. Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022. NOR : SSAZ1735885D. JORF n°0305 du 31 décembre 2017.
6. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines>
7. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes: Developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) *European Heart Journal*, Volume 45, Issue 36, 21 September 2024, Pages 3415–3537,
8. Coronarographie et angioplastie coronaire ambulatoire ; pourquoi, comment, pour quels patients ? *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. Volume 73, Issue 5, November 2024, 101805
9. Livre Blanc du CNCH 2022. <https://www.cnch.fr/sites/default/files/2022-11/LIVREBLANC-CNCH2022w.pdf>
10. Disparités de pratiques, inégalités dans l'accès aux soins et dans l'accès aux acteurs de santé. Une étude inédite de la société Heva pour la FHF. 2018
11. Panoramas de LA Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Santé. Les dépenses de santé en 2023.
12. OMS. <https://data.who.int/fr/indicators/i/A21CFC2/90E2E48>
13. INSEE. Dépense courante de santé dans les pays de l'OCDE en 2023. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2387502>
14. <https://www.aphp.fr/professionnel-de-sante/careboner-un-outil-pour-decarboner-le-soin-mis-la-disposition-de-tous-les>
15. La pertinence des actes médicaux. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. Volume 203, Issues 8–9, November–December 2019, Pages 722-740

