

La pertinence de soins en France

Les principaux dispositifs et leurs évaluations

Synthèse documentaire

Novembre 2018

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Véronique Suhard

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.pdf

Sommaire

Introduction	3
Objectifs et méthodologie de recherche	3
Une vision d'ensemble des politiques menées en France	3
UN ESSAI DE DEFINITION DE LA PERTINENCE	3
À l'étranger	3
En France	4
LES ACTIONS DE LA CNAM	5
LES REALISATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	7
Les outils d'amélioration de la pertinence de soins orientés vers les professionnels de santé	8
INCITATIONS FINANCIERES : DES RESULTATS CONTRASTES	8
ACTIONS CIBLEES : DES RESULTATS ENCOURAGEANTS MAIS DES EVALUATIONS ENCORE EN ATTENTE	14
RECOMMANDATIONS MEDICALES : UN IMPACT A FAIBLE ET MODERE SUR LES PRATIQUES MEDICALES	22
FORMATION MEDICALE : UNE EFFICACITE LIMITEE DANS LE TEMPS	24
OUTILS D'AIDE A LA DECISION : VERS DE NOUVEAUX DISPOSITIFS NUMERIQUES	29
Les outils d'amélioration de la pertinence de soins orientés vers les patients	33
ACCOMPAGNEMENT DES MALADES : DES AVANCEES SIGNIFICATIVES MAIS A CONFIRMER	33
Programmes de retour à domicile	33
Éducation thérapeutique	41
ACTIONS DE PREVENTION : DE NOMBREUSES EVALUATIONS ENCORE EN COURS	46
DIFFUSION DES INFORMATIONS : UN IMPACT DIFFICILE A MESURER	55

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. En France, depuis la loi du 9 août 2004, l'Assurance Maladie adresse chaque année au Parlement ces propositions d'amélioration du système de santé. À partir d'une analyse des rapports « *Charges et produits* » de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et de la littérature scientifique, cette synthèse a pour objectif d'identifier les dispositifs de pertinence de soins développés en France - tant à la destination des professionnels de santé que des patients – ainsi que leurs évaluations existantes. Si la plupart des outils mis en œuvre comme les incitations financières, les actions ciblées ou les recommandations médicales... se révèlent d'une efficacité de faible à modérée, conjugués entre eux, ils s'avèrent avoir un impact certain sur les pratiques médicales, mais limité dans le temps. Enfin, s'il ne semble pas y avoir un remède « miracle », les outils numériques d'aide à la décision et de diffusion des informations ainsi que l'implication des patients présentent des résultats intéressants et pourraient bien être, dans les années à venir, un levier important de l'amélioration de la pertinence.

Objectifs et méthodologie de recherche

Cette synthèse documentaire a pour objectifs d'identifier les outils ou dispositifs mis au point en France pour améliorer la pertinence de soins tant du côté des professionnels de santé que des usagers du système de soins, puis de déterminer l'efficacité de ces outils à partir d'études d'évaluation existantes. Les recherches bibliographiques ont été effectuées dans les bases de données suivantes : Irdes, Banque de données santé publiques (BDSP), Cairn, Medline, Sciencedirect. Une lecture des « *Charges et produits* » de la Cnam a été faite en parallèle sur la période 2005-2019. In fine, sur 795 références retenues, 277 documents ont donné lieu à une lecture et une analyse approfondie.

Une vision d'ensemble des politiques menées en France

UN ESSAI DE DEFINITION DE LA PERTINENCE

À l'étranger

Si la qualité des soins a donné lieu à des définitions, dès les années 1980, sur la base des travaux du chercheur américain A. Donabedian¹, les premières définitions de la pertinence remontent aux années 1990. Le concept de pertinence renvoie à la notion de « juste soin », c'est-à-dire *d'un soin approprié, strictement nécessaire, adapté aux besoins des patients et conforme aux meilleurs standards cliniques.*

La RAND Corporation de l'Université de Californie la définissait ainsi, en 1986 : un traitement est considéré comme approprié, et donc pertinent, quand « *le bénéfice escompté pour la santé (par exemple augmentation de l'espérance de vie, soulagement de la douleur, réduction de l'angoisse, amélioration de capacités fonctionnelles) est supérieur aux conséquences négatives attendues (par 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* ».

¹ Donabedian A. (1980). The definition of quality and approaches to the management, vol. 1 : Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor : Health Administration Press.

Concernant les définitions de la qualité des soins, voir la bibliographie de l'Irdes : [Les indicateurs de la qualité des soins](#). 2018

D'autres dimensions ont été soulignées dans le cadre de travaux menés par un groupe de travail du National Health Service (NHS), au Royaume-Uni en 1993, dans une définition complétant celle de la RAND Corporation : « *Pertinent, pour un soin, signifie qu'il a été choisi parmi l'ensemble des interventions disponibles qui ont démontré leur efficacité pour une affection, comme étant le plus vraisemblablement à même de produire les résultats attendus pour un patient donné. Une intervention ne peut être pertinente que si certaines conditions sont satisfaites. Les compétences techniques et les autres ressources nécessaires à l'intervention doivent être disponibles, en sorte qu'il puisse être dispensé selon les bons standards. L'intervention doit être réalisée d'une manière telle qu'elle soit acceptable pour le patient. Les patients doivent recevoir une information adéquate au sujet de toutes les interventions potentiellement efficaces. Leurs préférences sont centrales dans la détermination de quelle intervention sera pertinente parmi celles dont l'efficacité est connue.* »

Enfin, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) prend en compte le rapport coût/efficacité, et définit ainsi un « soin de qualité » : celui-ci « *doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.* »

En France

En France, la notion de pertinence des soins a émergé plus récemment que dans les pays anglo-saxons, dans le cadre de la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Mais des prémices de cette notion de « pertinence de soins » sont à noter dès 1992. Dans son rapport « *la Sécu, c'est bien, en abuser, ça craint* », le médecin conseil Claude Béraud soulignait déjà que « *multiplier les activités médicales pour accroître la santé était un leurre* » et pointait des formes de gaspillages générés par le système de santé français. La loi Teulade n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'Assurance Maladie² définit le concept de « maîtrise médicalisée » et reconnaît que « *donner le juste soin permettra une amélioration de la qualité des soins et une diminution de leur coût* ». Mais les premiers instruments utilisés comme les références médicales opposables (RMO) ont été perçus comme purement comptables, car fondés sur un objectif de réduction des dépenses et interprétés par les médecins comme une atteinte à la liberté de prescription. Le système des sanctions a été censuré par le Conseil d'État et le système des lettres clés flottantes, créées en 1999, a été abandonné sans être mis en œuvre³. Depuis 2005, la Cnam établit chaque année un plan d'actions de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville et dans le rapport « *Charges et produits 2015* » (Cnam, 2014), elle donne une première définition de la pertinence de soins. Il s'agit de « *promouvoir le « juste soin », pertinent, efficace, conforme aux recommandations, organisé de la manière la plus efficiente possible, en évitant de gaspiller des ressources sans valeur ajoutée pour la santé. (...). L'objectif de ces actions n'est pas de « faire des économies », il est de soigner mieux, à un coût supportable pour la collectivité. Car la recherche de gains de productivité, il faut le rappeler, n'est pas contradictoire avec l'amélioration de la qualité des soins.* ». Cette notion invite en effet à rapprocher l'objectif d'amélioration de la qualité des soins et celui d'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé, alors que ces objectifs ont souvent été pensés, en France selon des approches cloisonnées, voire antagonistes. Dans son rapport « *Charges et produits 2019* » (Cnam, 2018), la Cnam va plus loin dans la définition et parle de « concepts intriqués » entre qualité, sécurité et pertinence : « *les termes de qualité, sécurité, pertinence désignent des notions très liées et interdépendantes... il est ainsi difficile de concevoir une politique de qualité des soins qui ferait l'impasse sur la sécurité ou la pertinence, ou d'imaginer une action de sécurité des soins qui ne comprendrait pas une dimension de pertinence* ». Elle utilise le vocable de « *qualité, pertinence et sécurité des soins* » (QPSS).

De son côté, la Haute Autorité de santé définit un acte de soin pertinent comme étant « *le bon acte, pour le bon patient, au bon moment, au bon endroit* ». Cette définition synthétique, reconnue par les différents acteurs du système de santé, renvoie au caractère nécessaire et approprié d'une démarche diagnostique ou

² Cette loi met en place le codage des actes et des pathologies et des outils d'analyse de l'activité des professionnels de santé.

³ Dans ce système, la Cnam fixait des objectifs de dépense par profession, les dépassements des volumes des différents actes devant être récupérés de façon quasi-automatique par une baisse de leur valeur unitaire, ce qui conduisait à pénaliser de façon indifférenciée l'ensemble des médecins.

thérapeutique pertinente. En effet, si la notion de pertinence s'inscrit dans une approche médicale, elle renvoie également à l'organisation du système de santé.

Pour la HAS, en effet, la démarche de pertinence est d'abord tournée vers une exigence médicale de qualité et de sécurité des soins. Il s'agit de protéger le patient, par des soins strictement nécessaires, des conséquences :

- de l'intervention inutile ou excessive du système de santé (sur-usage ou overuse), tels que les examens ou traitements inutiles susceptibles d'entraîner un sur-diagnostic, de présenter des risques ou effets secondaires ou d'entraîner des complications (par exemple l'exposition excessive aux irradiations en raison d'examens radiologiques répétés, les risques liés à une intervention chirurgicale évitable...);
- des mauvaises indications (mésusage ou misuse), c'est-à-dire des soins inappropriés ou non conformes aux standards;
- de l'absence d'intervention (sous-usage ou underuse), susceptible d'entraîner un retard au diagnostic ou au traitement d'une pathologie.

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 efficience : 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 patients⁴.

LES ACTIONS DE LA CNAM

Depuis la loi du 9 août 2004, l'Assurance Maladie adresse chaque année au Parlement un rapport intitulé « *Charges et produits* » dans lequel elle rassemble ses propositions pour l'amélioration du système de santé, passant par une transformation, parfois profonde, de son organisation, de ses pratiques et de ses modes de régulation. Ces propositions ciblent l'ensemble des acteurs du système de soins : professionnels de santé, établissements sanitaires et usagers.

Les actions ciblées sur les professionnels de santé libéraux s'appuient sur trois leviers :

- des outils conventionnels incitatifs en faveur des bonnes pratiques médicales :
 - o 2002 : les contrats de bonne pratique (Acbus) ;
 - o 2009 : les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) sur la base de libre adhésion ;
 - o 2012 : la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).
- l'accompagnement, via les échanges confraternels et les visites de délégués de l'Assurance Maladie qui ont représentés en 2014 et 2015 plus de 526 000 contrats ;
- le contrôle, à travers la procédure de mise sous accord préalable (MSAP), en cas de volumes de prescriptions nettement supérieurs à la moyenne régionale départementale.

Les actions ciblées sur les établissements de santé :

Suivi des actes chirurgicaux :

Depuis 2011, cette démarche de pertinence de soins orientée vers les hôpitaux est portée conjointement par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Cnam au sein d'un groupe technique national associant aussi la HAS et l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation). Les travaux menés ont permis :

- En 2014, l'identification de 33 actes chirurgicaux prioritaires sur la base d'actions déjà engagées par la Cnam, la littérature scientifique et certains critères (volume d'activité, variations régionales...);

⁴ Voir aussi l'article : Ginon, A. S. (2018). "La pertinence de soins, nouvelle valeur du système de santé ?" *Revue De Droit Sanitaire Et Social*(3): 428-436.

- En 2012, la parution d'un guide méthodologique préconisant des démarches régionales d'amélioration de la pertinence des soins auprès des établissements et professionnels de santé⁵ ;
- En 2016, la publication d'un : « *Atlas national des variations des pratiques médicales* », qui cible sur dix actes chirurgicaux et sera régulièrement mis à jour⁶.

Mise en œuvre d'outils d'actions graduées :

Par ailleurs, l'Assurance Maladie a développé des outils d'actions graduées auprès des établissements de santé. Depuis 2015, la mise en œuvre de ces outils s'inscrit dans le cadre territorial co-piloté avec les ARS :

- **Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence de soins (PAPRAPS) :** dans le prolongement des actions intégrées dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés entre l'État et les ARS, l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu l'élaboration pour chaque ARS d'un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence de soins, arrêté pour quatre ans et intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque. Ce plan d'actions définit, à partir d'un diagnostic de la situation régionale, les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence de soins dans la région, en conformité avec les orientations nationales. Le décret n° 2015-1511 du 19 novembre 2015 a instauré une instance régionale d'amélioration de la pertinence de soins comprenant l'ARS, l'Assurance Maladie, ainsi que des représentants des fédérations hospitalières, des unions régionales des professionnels de santé et des associations d'usagers. Ces instances se sont mises en place en 2016. Les plans régionaux ont ciblé leurs actions sur les actes chirurgicaux identifiés dans l'Atlas national des variations des pratiques médicales.
- **Le ciblage des établissements de santé atypiques :** ce ciblage est basé sur des indicateurs d'alerte issus des référentiels de la HAS et des bases de données, notamment du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les analyses sont fondées sur les variations de pratiques interdépartementales non expliquées par des indicateurs démographiques ou épidémiologiques ou par d'autres facteurs liés à l'organisation de l'offre de soins (présence de plateaux techniques, de filières territoriales...). Les établissements ciblés sont les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) quel que soit leur statut. Ce ciblage peut être complété par le retour au dossier médical des patients par les médecins-conseils de l'Assurance Maladie. L'intervention de cette dernière auprès des établissements de santé se décompose ensuite en trois temps : l'accompagnement des équipes ; la contractualisation tripartite entre l'ARS, la caisse primaire d'Assurance Maladie et l'établissement de santé concerné⁷, en cas de persistance de l'atypie ; une procédure de mise sous accord préalable (MSAP), en cas de non-respect des engagements du contrat ou de réalisation partielle des objectifs.

Depuis 2005, date à laquelle ce processus a été inscrit dans la convention médicale, avec un engagement du corps médical « dans un effort collectif visant au bon usage des soins et au respect des règles de la prise en charge collective », ces actions de maîtrise des dépenses conduites par l'Assurance Maladie rapportent en moyenne 500 millions d'euros d'économie par an⁸. À partir de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, les mesures d'économies sont formalisées dans un plan triennal de l'objectif national de dépenses de l'Assurance Maladie (Ondam). Ce plan est structuré en quatre axes, le dernier concernant la pertinence de soins⁹. Ce plan Ondam a eu certes comme résultat de renforcer la portée des actions d'amélioration de la pertinence de soins,

⁵ [Site du ministère chargé de la santé](#)

⁶ [Site du ministère](#) ou [site de l'Irdes](#)

⁷ Depuis 2018 et suite à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, il existe un seul contrat : le contrat unique d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES). Le CAQES a été précisé par le décret n° 2017-584 du 20 avril 2017.

⁸ Vanlerenberghe, J. M. (2017). Rapport d'information sur la pertinence des soins. Paris : Sénat.

⁹ Pour le plan triennal 2015-2017, se reporter au rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finance [2015](#), [2016](#) et [2017](#).

mais faute d'outils d'évaluation associés, le bilan de ces différentes mesures d'économies, globalisées sur différents sous-objectifs de l'Ondam, ne peut être réalisé précisément¹⁰.

Après dix ans de maîtrise médicalisée, le bilan à ce jour des actions menées par voie conventionnelle, seule composante véritablement évaluée et évaluable du plan Ondam, révèle des résultats mitigés et un certain plafonnement des objectifs atteints. L'efficacité des actions conduites est variable selon les thématiques, pour des raisons diverses (acceptabilité pour les professionnels de santé et les patients, disponibilité de référentiels, alternatives à la prescription, conjoncture économique ou épidémiologique...) et variable selon les années. Ainsi la diffusion par l'Assurance Maladie, fin 2014, auprès des médecins généralistes et biologistes médicaux des recommandations de bonne pratique par la HAS concernant le dosage de la vitamine D, ont induit de fortes économies sur les actes de biologie en 2015, mais l'action s'est essoufflée par la suite. Certaines limites réduisent en outre l'efficacité attendue des actions, notamment la capacité à disposer d'une appréciation plus précise et individuelle des pratiques professionnelles. Tel est le cas des actions concernant les prescriptions d'arrêt de travail qui se traduisent par des résultats insuffisants : celles-ci se heurtent notamment à l'absence de recoupement possible avec les motifs de ces arrêts, qui permettrait de mener des campagnes plus ciblées.

Cependant, le rapport « *Charges et produits 2018* »¹¹ de la Cnam, de même que l'édition 2019 traduisent un engagement plus fort de l'Assurance Maladie sur le champ de la pertinence de soins. Hors prescriptions de produits de santé, l'objectif d'économies affiché passe de 290 millions d'euros en 2017 à 510 millions d'euros en 2018, avec notamment une action sensiblement renforcée sur la pertinence des actes en ville et à l'hôpital et sur les actes paramédicaux. Les actions concernant les indemnités journalières et les transports sont maintenues ou amplifiées. À l'automne 2017, la Cnam a lancé une campagne sur la lombalgie intégrant la question des arrêts de travail. Et concernant les actes, les leviers des économies attendues pour 2018 sont les suivants : une poursuite de la diminution des taux de recours supérieurs aux taux ciblés pour les dix actes hospitaliers ; une action sur les actes en ville ciblée sur la radiologie, la poursuite des actions engagées sur la pertinence de certains actes de biologie¹². Par ailleurs, la pertinence de soins est désormais inscrite au cœur de la [Stratégie nationale de santé 2018-2022](#). Il sortira peut-être de cette réflexion des évolutions structurelles positives du système de santé.

LES REALISATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Depuis juin 2010, la Haute Autorité de santé (HAS) a été formellement saisie du sujet "Pertinence" par le Ministère de la santé (Direction générale de l'offre de soins DGOS et Direction de la sécurité sociale DSS) et par l'Assurance Maladie. Cette saisine était motivée par l'augmentation de la fréquence des actes et/ou par la variation de leur taux de recours géographique, au vu de données administratives (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ATIH). Chaque saisine donne lieu à une réflexion sur la problématique liée à la thématique de l'acte, afin de définir les meilleures stratégies et méthodes pour aborder le sujet. À cet effet, la HAS met au point et diffuse des produits variés, adaptés aux besoins apparus pour améliorer la pertinence des parcours du patient : études de problématique, outils d'amélioration des pratiques professionnelles, guides pour les patients, recommandations de bonne pratique, évaluations technologiques, indicateurs de qualité des soins. Développés avec les professionnels de santé, la Cnam et les sociétés savantes, ces différents outils ont pour objectifs d'aider à la prise de décision dans le choix des soins, d'harmoniser les pratiques, de réduire les traitements et actes inutiles ou à risque et de promouvoir les actes pertinents. Elles jouent aussi le rôle d'appui ou d'aide à la décision pour la politique menée par l'Assurance Maladie. L'accent est mis, ces dernières années, sur des outils plus adaptés à la diversité des professionnels de santé, à l'instar du nouveau référentiel de certification des logiciels d'aide à la prescription de médicaments : la mention sur l'ordonnance elle-même de messages relatifs aux médicaments, à leurs conditions d'emploi, à leur suivi, voire des comparaisons de prix et d'efficacité, devient désormais possible.

¹⁰ Pour la réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée en 2015 et 2016, se reporter [aux rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2016 et juillet 2017](#).

¹¹ Cnam (2017). Charges et produits pour 2018. [En ligne sur Ameli](#)

¹² Vanlerenberghe J.M (2017). Rapport d'information du Sénat sur la pertinence de soins

Pôle de documentation de l'Irdes – Marie-Odile Safon, Véronique Suhard

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.epub

Les outils d'amélioration de la pertinence de soins orientés vers les professionnels de santé

INCITATIONS FINANCIERES : DES RESULTATS CONTRASTES

Des programmes d'incitations financières à la performance ont été développés en France, en médecine de ville comme à l'hôpital : le CAPI (2008) et la ROSP (2011) pour la médecine de ville, l'IFAQ (2012) pour les établissements hospitaliers.

Les dispositifs en médecine de ville

Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie mène une politique active pour accroître la qualité et l'efficacité du système de santé. Cette politique dite « de maîtrise médicalisée » passe notamment par une sensibilisation du corps médical aux objectifs de santé publique et aux objectifs d'économies. Une étape importante a été le développement de l'accompagnement des professionnels de santé à travers les visites des délégués de l'Assurance Maladie et les entretiens confraternels. En 2008, une nouvelle étape de cette stratégie est franchie avec la mise en place d'une composante de rémunération à la performance pour les médecins généralistes, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Ce dispositif, d'abord expérimental, est inspiré d'expériences étrangères, notamment anglo-saxonnes, développées dans les années 2000 (États-Unis, Royaume-Uni) (Bras et Duhamel, 2008). Il ne s'adressait à l'origine, en France, qu'aux médecins généralistes avec liberté d'adhésion. La particularité du contrat français était la combinaison d'objectifs de santé publique et de qualité des soins et d'objectifs d'efficacité des pratiques (Polton et Aubert, 2010).

Renommé ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique), le dispositif a été amplifié par la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, signée en juillet 2011, en l'étendant à d'autres spécialités médicales comme la cardiologie, la gastroentérologie, l'endocrinologie. L'adhésion peut être refusée par une démarche personnelle sans que des sanctions ne soient appliquées. Cette première version de la ROSP comprenait 29 indicateurs répartis en deux sous-ensembles : un concernant l'organisation du cabinet, l'autre concernant la qualité de la pratique médicale. Elle comportait pour les médecins traitants, les cardiologues et les gastroentérologues, quatre volets relatifs à la prévention, au suivi des pathologies chroniques, à la prescription de médicaments et à l'organisation du cabinet. Pour les autres médecins, elle comprenait un volet unique relatif à l'organisation du cabinet. Une partie des indicateurs était déclarée directement par les médecins, une fois par an, l'autre partie était directement recueillie par l'Assurance Maladie. Chaque indicateur était ensuite pondéré en fonction de la taille de patientèle déclarant le praticien comme médecin traitant.

Ce dispositif a été profondément revu et modernisé lors de la convention médicale signée en août 2016. L'objectif était de renforcer la pertinence du dispositif et ainsi continuer d'améliorer la qualité des pratiques médicales en actualisant les indicateurs de bonnes pratiques en matière de santé publique au regard des référentiels en vigueur. Cette nouvelle version entérine l'augmentation du nombre de critères cliniques (29 indicateurs), la modification des indicateurs du cabinet (forfait structure), l'augmentation du nombre de points attribués et l'introduction d'indicateurs chez les enfants.

- Pour en savoir plus : [site d'Ameli](#)

Lors de la mise en place du CAPI, le Conseil national de l'Ordre des médecins se montra opposé à ce type de rémunération, pointant un système contraire à l'égalité entre médecins et à la déontologie médicale.¹³ Lors de la mise en place de la ROSP, il employa même l'expression de « jeu de dupes » (Holue, 2012). Du côté de la profession médicale elle-même, ce mode de rémunération a été diversement apprécié (Laurent et al., 2015). Certains médecins insistent sur les dérives éthiques. Ils dénoncent un conflit d'intérêt médecins/patients et un risque de sélection des patients. Ils relient ces notions aux indicateurs choisis (Andriantsehoharinala, 2014). Ils craignent aussi une restriction de leur liberté de pratique. Une implication des médecins généralistes dans la

¹³ CAPI : le non du Cnom. [Site du CNOM consulté le 8 juin 2018](#)

conception des indicateurs viserait à un équilibre entre objectifs économiques et valeurs de soins. Des économistes soulignaient aussi que le paiement à la performance pouvait être contraire au service de santé publique (Dormont, 2013).

La logique du paiement à la performance suppose que des incitatifs financiers soient susceptibles de modifier le comportement des médecins dans la direction souhaitée par les promoteurs du système. Deux domaines sont souvent ciblés par le paiement à la performance : l'organisation des cabinets médicaux et la qualité des soins, cette dernière étant mesurée à l'aide d'indicateurs. Dans plusieurs pays dont la France, un objectif d'efficacité (coût/efficacité) est également demandé. L'introduction de ce mode de rémunération (forfait, capitation) répondait aussi en France à un objectif indirect d'amélioration des revenus des médecins sans augmentation du prix à l'acte. Cela a de ce fait entraîné une confusion entre paiement à la performance et diversification des modes de rémunération.

Depuis l'instauration du dispositif, la Cnam a réalisé cinq évaluations du dispositif (Cnam, 2014, Cnam, 2015, Cnam, 2016, Cnam, 2017, Cnam, 2018) et les résultats s'avèrent à la fois contrastés et mitigés. Le dispositif semble toutefois efficace sous certains aspects. Après une mise en route difficile, le bilan effectué après deux ans confirme la progression observée au service de la qualité et de l'efficacité du système de soins. Le taux général d'atteinte des objectifs s'améliore, en effet, significativement : il passe en un an de 51,1 % à 59,7 % pour l'ensemble des omnipraticiens, soit 8,6 points de plus. Cette évolution s'inscrit dans un contexte d'opinion de plus en plus favorable : selon une enquête conduite fin 2013, 7 Français sur 10 considèrent désormais que le système de rémunération sur objectifs de santé publique est une bonne chose. Quant aux médecins, s'ils étaient plutôt réservés vis-à-vis de la mise en place de la relation contractuelle individualisée, en 2011, ils sont 57 % (dont 71 % pour les médecins ayant signé un CAPI) à considérer que l'Assurance Maladie les aide par cette évolution à atteindre leurs objectifs de santé publique. De surcroît, pour l'ensemble des objectifs fixés par la convention médicale de 2011, plus de 80 % des médecins généralistes interrogés déclarent avoir fait évoluer leurs pratiques ou prévoient de le faire dans l'année qui vient. Ces perceptions positives trouvent une traduction concrète dans les indicateurs de suivi de la ROSP. Le bilan après 4 ans de mise en œuvre témoigne toujours de l'intérêt du dispositif comme levier d'évolution des pratiques chez plus de 110 000 médecins libéraux éligibles. Entre 2011 et 2015, il a encouragé une prise en charge améliorée des malades chroniques (Bousquet et al., 2014) et une prescription plus pertinente et efficace au service de la maîtrise des dépenses de santé ; de plus, il a agi comme levier de modernisation du cabinet médical, pour le bénéfice des patients. Le taux d'atteinte global pour les médecins généralistes et les médecins à expertise particulière est passé de 52,9 % à 68,3 % entre 2012 et 2015. Seul bémol, les indicateurs du volet prévention ne progressent pas. L'évaluation après cinq ans confirme ce dernier point. Le dispositif n'aura pas réussi à inverser la tendance à la baisse des pratiques de dépistage et de vaccination, qui connaissent depuis plusieurs années un contexte de défiance et qui impliquent des efforts de tous les acteurs au-delà des médecins. En revanche, malgré une refonte du dispositif en 2016, les résultats de la ROSP 2017 sont décevants, aussi bien sur le plan des montants versés (4 500 euros en moyenne par généraliste et MEP – c'était 7 000 euros en 2016) qu'en matière de prévention. Globalement, la ROSP semble relativement efficace pour le suivi des diabétiques, la prescription d'antibiotiques ou de benzodiazépines (Michel-Lepage et Ventelou, 2016) où l'on remarque une amélioration de la pratique médicale. En revanche, elle fonctionne mal sur la vaccination ou le dépistage organisé du cancer (Sicsic et Franc, 2017), sans doute parce que les résultats dépendent davantage du comportement des patients.

Les premières évaluations menées en France - comme celles d'ailleurs conduites au Royaume-Uni (Campbell et al., 2009) - présentaient donc des résultats encourageants mais avec un faible niveau de preuve. Une première revue de la littérature menée à l'international en 2013 (Eijkenaar et al., 2013) arrivait à des conclusions équivalentes, à savoir que l'ensemble des essais randomisés comparatifs menés sur le paiement à la performance (P4P) avaient uniformément observé des résultats mitigés. En 2014, la pérennité du P4P¹⁴ n'était d'ailleurs, pas assurée, au Royaume-Uni, pourtant pionnier dans le domaine, car pour la première fois le National Health Service en réduisait le budget après un investissement massif pendant plusieurs années (Doran et al., 2014). Selon une étude française, le P4P aurait grandement contribué à l'informatisation des cabinets médicaux, mais il n'y avait pas suffisamment de critères cliniques pertinents pour valider que le P4P améliorerait la prévention et le suivi des patients atteints de maladies chroniques (Saint-Lary et al., 2015). Les dernières revues de littérature (Cashin et al., 2014, Eckhardt et al., Forthcoming), portant sur 24 programmes de

¹⁴ Le Quality Outcome framework (QOF) britannique, mise en œuvre en 2004, a longtemps été le plus important programme de paiement à la performance des médecins généralistes au monde.

paiement à la qualité implantés dans 15 pays, démontrent que les résultats pouvaient être significatifs la première année, mais avaient du mal à se maintenir sur la durée. Les études les plus exigeantes montraient des résultats positifs sur quatre indicateurs : dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal, vaccination contre la grippe, recueil d'information sur le statut des fumeurs dans le dossier informatisé du patient et conseils d'arrêt du tabac. De plus, pour être plus performants, les dispositifs devaient s'appuyer sur des indicateurs de qualité de plus en plus complexes et devenaient donc plus difficiles à gérer. La seule exception reste néanmoins les résultats observés dans le cadre des Accountable Care Organizations (ACO) aux États-Unis, dont les premières évaluations montrent des améliorations significatives sur l'ensemble des indicateurs qui entrent dans les dispositifs, y compris sur l'expérience du patient.

Le développement du paiement à la performance a, par ailleurs, suscité en France des prises de positions contradictoires. Selon Grimaldi (Grimaldi, 2018), le paiement de la « qualité » des soins soulève trois types de questionnements : un questionnement philosophique opposant la morale du devoir à l'éthique utilitariste pour laquelle la priorité doit être donnée aux résultats, un questionnement psychologique discutant la place respective de la motivation intrinsèque, et des facteurs extrinsèques de motivation et, parmi eux, la rémunération financière, enfin, un questionnement pragmatique portant sur l'évaluation des résultats. Après près de 15 ans d'expérience du « pay-for-performance » (P4P), force est de constater que les résultats sont décevants : les bénéfices sont modestes, inconstants, transitoires, portant plus sur les indicateurs de procédures que sur les résultats cliniques intermédiaires ou terminaux. La déception est d'autant plus grande que les sommes allouées sont importantes et qu'il existe des effets pervers : moins la sélection des patients que la dégradation des indicateurs de qualité ne donnant pas lieu à rémunération, ou la pénalisation des établissements prenant en charge les personnes les plus pauvres ou ayant les pathologies les plus graves. Finalement, le P4P n'a pas montré de diminution de la mortalité, et ne s'est pas accompagné d'une amélioration de la relation médecin/malade. L'alternative repose sur une politique de formation, de travail en équipe, de coordination des professionnels, et d'évaluation multiple (dont celle des patients et de leurs associations), avec information en retour des professionnels pour qu'ils mettent en œuvre un processus d'amélioration, avant la publication secondaire des résultats. Dans sa réponse à A. Grimaldi, C. Le Pen (Le Pen, 2018) avance des arguments contraires. La ROSP s'inscrit en France dans une logique de diversification de la rémunération des médecins libéraux autour de trois piliers : le paiement à l'acte pour le soin, les forfaits pour des tâches récurrentes (par exemple, suivi du patient bénéficiant de la prise en charge pour affection de longue durée), la ROSP pour les services rendus à la collectivité en termes de prévention, de suivi des pathologies chroniques et d'économies dans les prescriptions. En tant que telle, la ROSP n'a pas été jugée contraire à l'éthique médicale par le Conseil d'État. La prime versée aux praticiens dans le cadre de la ROSP est une reconnaissance du service rendu et ne saurait être assimilée au « prix de la qualité ». Ce dispositif ne saurait transformer les motivations profondes des professionnels de santé et la sincérité de leur engagement auprès des patients. La ROSP est perfectible. Elle a fait l'objet d'une évaluation globalement « positive » par l'Assurance Maladie et les partenaires conventionnels, et elle ne manquera pas d'évoluer et de s'améliorer dans l'avenir.

Les dispositifs à l'hôpital

Les enjeux liés au paiement à la qualité sont majeurs dans les établissements hospitaliers. La France, à l'instar d'autres pays (États-Unis, Europe..) (Jiang et al., 2012), a développé des programmes dédiés d'incitations financières pour améliorer la prise en charge des patients, en sus de la tarification à l'activité (T2A) introduite suite au plan hôpital 2007. Cette expérimentation sur l'incitation financière à la qualité (IFAQ) a été lancée, en juin 2012, par le ministère chargé de la santé et la Haute Autorité de santé avec l'appui méthodologique de l'équipe du projet COMPAQH (EHESP). L'objectif était d'élaborer un modèle permettant de rémunérer les meilleurs établissements de santé en fonction de leurs résultats (processus et structure) basés sur des composantes de qualité (indicateurs HAS, indicateurs des tableaux de bord des infections nosocomiales, certification HAS, satisfaction des patients, informatisation). L'expérimentation s'est déroulée sur quatre ans en deux phases (2012-2015). Le modèle a été généralisé en 2016 à l'ensemble du secteur hospitalier (Médecine chirurgie obstétrique). Le modèle final repose sur le classement des établissements en deux groupes, en fonction du recueil obligatoire ou non de l'indicateur concernant le dossier patient. Pour chaque établissement des deux groupes, deux scores sont calculés : le premier sur le niveau atteint des composantes et le deuxième sur l'évolution des résultats des composantes entre deux campagnes de recueil. 20 % des meilleurs

établissements de chaque groupe et de chaque classement perçoivent une rémunération (Fourcade et al., 2017).

Lors de l'expérimentation, un impact positif de l'incitation sur les résultats des établissements participants à IFAQ par rapport aux établissements candidats mais non retenus a été observé, mais il était non significatif d'un point de vue statistique (Fourcade et al., 2017). Ce résultat est cohérent avec les principales études réalisées dans différents pays (Figueroa et al., 2016) (Ryan et al., 2016) (Markovitz et Ryan, 2017) (Chee et al., 2016). En effet, malgré un large déploiement des paiements à la performance dans de nombreux systèmes de santé ces dernières années, les analyses réalisées par Van Kerck et al. (Van Herck et al., 2010) et Eijkenaar (Eijkenaar et al., 2013) ont montré des impacts limités de ce mode de rémunération dans les hôpitaux.

Tout d'abord, la période d'incitation a été extrêmement courte et le nombre d'établissements qui participaient à l'expérimentation en France était relativement faible par rapport à l'ensemble des établissements qui participaient à la généralisation, ce qui faisait perdre de la puissance dans le calcul de la significativité d'une différence. Ensuite, les règles de l'expérimentation ont évolué au fur et à mesure de l'expérimentation et les établissements n'avaient pas le temps de les assimiler. Certains professionnels se sont émus du manque de communication sur le dispositif et ont eu du mal à diffuser des informations sur l'IFAQ, car il existait des incertitudes sur certaines règles du modèle. La taille de l'incitation peut aussi expliquer le faible impact de l'IFAQ : certains établissements ont pu considérer que la rémunération n'était pas suffisante pour les motiver à faire les efforts nécessaires à l'amélioration de leur performance. Dans tous les cas, l'adoption d'un programme de paiement à la performance est un processus long et multifactoriel. Il est nécessaire de poursuivre l'évaluation sur une période plus importante afin de pouvoir établir le réel impact de l'IFAQ.

Par ailleurs, une étude française récente a montré qu'une réforme de la tarification n'entraînait pas forcément une modification des pratiques médicales (Proshin et al., 2018). Basée sur les données du PMSI 2010-2013, l'objectif de cette analyse était d'évaluer - dans le cadre des accouchements - si l'affinement des « groupes homogènes de malades » servant à la tarification des actes, avait suscité des changements de pratique au niveau des modes d'accouchement : accouchement par voie basse ou césarienne. Aucun changement significatif n'a été constaté du côté des obstétriciens comme des sages-femmes. Une étude réalisée avant l'introduction de la T2A en France avait cependant conclu à des résultats différents (Milcent et Rochut, 2009).

Globalement, les résultats des programmes de paiement à la performance en France comme dans le monde montrent une amélioration le plus souvent modeste et transitoire des indicateurs évalués (Cnam, 2018). Néanmoins, ils font apparaître un intérêt fort des acteurs pour la pérennisation des modes de financement complémentaires à la seule tarification à l'activité (Gourieux et al., 2017). Des experts (Cash et Kervasdoue, 2018) proposent que la rémunération à la performance évolue vers un modèle plus incitatif, notamment si le système représentait au moins 20 % d'honoraires des médecins à condition de maintenir, voire d'améliorer la qualité des soins ce qui supposerait de bien la mesurer. Elle devrait pouvoir couvrir l'ensemble des spécialités médicales et concerner tous les acteurs mobilisés dans la prise en charge d'un patient ayant une affection donnée, avec éventuellement un partage d'objectifs (et de bonus financier) entre plusieurs médecins ou entre groupe de médecins et d'établissements de santé, pour favoriser la coordination entre eux. Enfin, des sanctions pourraient être envisagées. Une autre piste développée à l'étranger, aux États-Unis notamment, consisterait à développer un mode de financement à l'épisode de soins (Veran, 2017). Il prévoit un forfait pour un ensemble de prestations autour d'un « épisode », par exemple une intervention chirurgicale ou une décompensation aiguë d'une maladie chronique. Seraient pris en compte dans un tel forfait l'ensemble des soins réalisés avant ou après l'épisode, dans le cadre de protocoles de prise en charge définis au préalable. L'objectif principal est d'inciter - encore une fois - à la coordination entre tous les professionnels de santé concernés dans le cadre de recommandations de bonnes pratiques. Le pilote du parcours serait, selon le cas, un établissement de santé, un groupement de professionnels libéraux, ou encore un réseau associant l'ensemble des acteurs sur un territoire. L'article 51 de la loi de financement pour la sécurité sociale 2018 prévoit d'ailleurs la mise en place de telles innovations organisationnelles et les modalités de ces expérimentations ont été précisées par le décret n° 2018-125 paru au Journal officiel du 23 février 2018, complété par une circulaire du 13 avril 2018. Trois expérimentations nationales sont annoncées : expérimentation à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales, incitation à une prise en charge partagée, paiement forfaitaire en équipe de professionnels en

ville¹⁵. Dans son rapport annuel « *Charges & Produits 2019* », la Cnam conclut sur des systèmes de P4P « qui évolueraient dans le sens d'une diversification de leurs modalités en fonction de la nature des soins, certains modèles étant conçus pour valoriser les efforts d'amélioration de la qualité, d'autres visant à pénaliser des défauts de qualité considérés comme inacceptables ou fortement évitables, comme certaines complications ou réadmissions, à l'instar du dispositif des « Best-practice Tariffs » anglais¹⁶. Elle propose ainsi la mise en place d'un paiement forfaitaire dans le cas de la chirurgie du cancer du sein (Cnam, 2018).

Bibliographie

- Andriantsehoanarinala, L. (2014). Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)/paiement à la performance (P4P) : une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus. Montpellier : Université de Montpellier 1. Thèse de médecine.
- Bousquet, F., Bisiaux, R., Chi Ylin, G., et al. (2014). France: Payment for public health objectives., Maidenhead : Open University Press: 141-156.
- Bras, P. L. et Duhamel, G. (2008). Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères. Paris La documentation française: 65.
- Cash, R. et Kervasdoué, J. d. (2018). La coûteuse inégalité des soins : soigner mieux, soigner moins cher. Paris Economica: 172.
- Cashin, C., Chi Ylin, G., Smith, P., et al. (2014). Paying for Performance in Health Care : implications for health system performance and accountability, Maidenhead : Open University Press
- Chee, T. T., Ryan, A. M., Wasfy, J. H., et al. (2016). "Current State of Value-Based Purchasing Programs." Circulation **133**(22): 2197-2205.
- Cnam (2014). La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après : des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence de soins, Paris : Cnam
- Cnam (2015). La rémunération sur objectifs de santé publique : une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence de soins. Bilan à 3 ans, Paris : Cnam
- Cnam (2016). La rémunération sur objectifs de santé publique. Une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence de soins. Bilan à 4 ans, Paris : Cnam
- Cnam (2017). La rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif, Paris : Cnam
- Cnam (2018). La rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) : bilan à un an du nouveau dispositif
Cnam (2018). Rapport sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Paris Cnamts: 262.
- Doran, T., Kontopantelis, E., Reeves, D., et al. (2014). "Setting performance targets in pay for performance programmes: what can we learn from QOF?" BMJ : British Medical Journal **348**.
- Dormont, B. (2013). "Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de santé publique ?" Seve : Les Tribunes De La Santé(40): 53-61.

¹⁵ Parcours des patients : article 51. [Site du ministère chargé de la santé](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html)

¹⁶ Gershlick B. (2016). [Best-practice tariffs](http://www.healthfoundation.org.uk/best-practice-tariffs). The Health Foundation (Angleterre).

Eckhardt, H., Smith, P. et Quentin, W. (Forthcoming). Pay for quality. In : Improving quality of care in europe a systematic overview of quality strategies.

Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., et al. (2013). "Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews." Health Policy (Amsterdam, Netherlands) **110**(2-3): 115-130.

Figuroa, J. F., Tsugawa, Y., Zheng, J., et al. (2016). "Association between the Value-Based Purchasing pay for performance program and patient mortality in US hospitals: observational study." Bmj **353**.

Fourcade, A., Lalloué, B., Ferrua, M., et al. (2017). "Bilan de l'expérimentation Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) : vers le modèle de généralisation." Journal de gestion et d'économie médicales **35**(6): 265-286.

Gourieux, B., Duvernoy, T., Tissier, F., et al. (2017). "Les réformes en faveur du paiement à la qualité en Europe : état des lieux, analyse et propositions." Journal de gestion et d'économie médicales **35**(6): 287-304.

Grimaldi, A. (2018). "Faut-il financer la qualité des soins et adopter le « pay for performance » (P4P) des anglo-saxons ?" Médecine des Maladies Métaboliques **12**(3): 284-290.

Holue, C. (2012). "Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes ?" Medecins : Bulletin D'information De L'ordre National Des Medecins(22): 10-12.

Jiang, S., Couralet, M., Girault, A., et al. (2012). "The Rationale for the French Hospital Experiment with P4P (IFAQ): Lessons from abroad." Journal de gestion et d'économie médicales **30**(7): 435-453.

Laurent, F., Sicsic, J. et Saint-Lary, O. (2015). "Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) : quels impacts perçus par les médecins généralistes sur leurs pratiques ?" Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **63**(2): 67-76.

Le Pen, C. (2018). "Faut-il financer la qualité des soins et adopter le « pay for performance » (P4P) des anglosaxons ? Réponse à André Grimaldi." Médecine des Maladies Métaboliques **12**(3): 291-294.

Markovitz, A. A. et Ryan, A. M. (2017). "Pay-for-Performance: Disappointing Results or Masked Heterogeneity?" Med Care Res Rev **74**(1): 3-78.

Michel-Lepage, A. et Ventelou, B. (2016). "The true impact of the French pay-for-performance program on physicians' benzodiazepines prescription behavior." Eur J Health Econ **17**(6).

Milcent, C. et Rochut, J. (2009). "Tarification hospitalière et pratique médicale : la pratique de la césarienne en France." Revue Economique **60**(2): 489-506, 483 tabl., 486 graph.

Polton, D. et Aubert, J. M. (2010). "Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, aboutissement ou nouveau départ pour la gestion des soins ? (CAPI)." Lettre Du College (La) **21**(3): 5-7.

Proshin, A., Cazenave-Lacroutz, A., Or, Z., et al. (2018). Impact of Diagnosis Related Group Refinement on the Choice Between Scheduled Caesarean Section and Normal Delivery: Recent Evidence from France. PSE Working Paper ; 2018 – 25. Paris PSE: 41.

Ryan, A. M., Krinsky, S., Kontopantelis, E., et al. (2016). "Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study." Lancet **388**(10041): 268-274.

Saint-Lary, O., Franc, C., Raginel, T., et al. (2015). "Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ?" Exercer La Revue Francophone De Medecine Generale **26**(119): 52-61.

Sicsic, J. et Franc, C. (2017). "Impact assessment of a pay-for-performance program on breast cancer screening in France using micro data." Eur J Health Econ **18**(5): 609-621.

Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., et al. (2010). "Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care." *BMC Health Serv Res* **10**: 247.

Veran, O. (2017). Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur. Paris : Ministère chargé de la santé: 133.

ACTIONS CIBLEES : DES RESULTATS ENCOURAGEANTS MAIS DES EVALUATIONS ENCORE EN ATTENTE

Contexte

Même si l'accompagnement des prescripteurs fait partie d'un dispositif mis en place depuis plusieurs années et qui se renouvelle dans des messages annuels, il est nécessaire d'inscrire ces formes d'accompagnement dans des actions thématiques. Un des leviers utilisés par l'Assurance Maladie pour améliorer la pertinence des soins consiste donc en actions ciblées. Concernant l'encadrement des actes en ville, les actions sont réalisées dans le cadre de la politique conventionnelle (ROSP, conventions..) et portent sur les pratiques de prescription. Dans le domaine des médicaments – en sus des encouragements à prescrire des médicaments génériques ou biosimilaires - les actions visent les médicaments souvent trop ou mal prescrits (antibiotiques, hypolipémiants, psychotropes, antidiabétiques...) ainsi que les médicaments innovants et coûteux (cancérologie, sclérose en plaques...) ou la polyprescription chez la personne âgée. En biologie médicale, les actes visés ces dernières années concernent la prescription du dosage de la vitamine D, du dosage thyroïdien, le dosage pour le cancer de la prostate et les examens pré-anesthésiques. En imagerie médicale, ce sont les actes de radiologie conventionnelle qui sont principalement ciblés, notamment les radiographies crâniennes. L'encadrement des actes à l'hôpital se fait dans le cadre des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES). Ils portent sur certaines interventions chirurgicales présentant une grande variabilité de pratique : le canal carpien, la thyroïdectomie, la chirurgie bariatrique et la césarienne ainsi que sur les événements indésirables graves (EIG).

Dispositifs et évaluations

Médicaments génériques

L'adoption des médicaments génériques constitue un levier efficace au service de l'efficacité des soins. Au regard des comparaisons internationales, des marges de manœuvre peuvent être encore mobilisées afin d'accélérer la progression du taux de pénétration des génériques. En 2016, le répertoire des génériques représente près de 45,4 % des dépenses de médicaments (Cnam, 2017). L'Assurance Maladie a initié une nouvelle campagne en 2016-2017 : « Devenir générique, cela se mérite ». Et selon les derniers résultats du Baromètre d'image et de connaissances des Français, des médecins et des pharmaciens¹⁷, les connaissances progressent sur plusieurs volets tant chez les Français que chez les professionnels de santé. Afin de consolider cette dynamique et d'expliquer pourquoi et comment utiliser les médicaments génériques dans tel ou tel contexte, la campagne d'information se poursuit en 2017 dans les médias et évolue au travers de messages plus contextualisés et affinitaires : vidéos témoignages et informations sur le bon usage (Cnam, 2017). Le taux de substitution se situe à 88,1 % en 2017. Le taux attendu en 2018 est de 90 %. Depuis l'entrée en vigueur, en 2012, du dispositif « Tiers payant contre générique », le taux d'apposition de la mention « non substituable » n'a cessé de progresser pour atteindre un taux moyen de 8,3 % en 2016 contre 1,8 % en 2013. Aucune raison médicale ne suffisant à expliquer une telle augmentation, un lien peut probablement être fait entre cette

¹⁷ [Site d'Ameli. 22 septembre 2017 : Résultats du Baromètre](#)

Les Français sont ainsi plus nombreux à déclarer savoir que les médicaments génériques sont fabriqués selon les mêmes réglementations que les principes à travers le monde (58 % « Oui » versus 52 % en 2016, + 6 points). De plus, le grand public se déclare mieux renseigné sur le montant des économies réalisées grâce aux médicaments génériques (43 % versus 34 % en 2016, + 9 points). Par ailleurs, le niveau moyen de confiance des médecins envers les médicaments génériques est en progression depuis plusieurs années et atteint actuellement 7/10 (versus 6,6/10 en 2016), rejoignant ainsi le niveau du grand public à 6,9/10, stable dans le temps. Les freins à l'utilisation des médicaments génériques régressent tant vis-à-vis de la consommation (28 % de réticents chez les Français versus 38 % en 2016, - 10 points) que de la prescription (26 % de réticents chez les généralistes versus 39 % en 2016, - 13 points).

Pôle de documentation de l'Irdes – Marie-Odile Safon, Véronique Suhard

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.epub

progression du « non substituable » et la nécessité de faire état de cette mention sur la prescription pour bénéficier du tiers payant pour un médicament princeps. Ce constat a conduit la CPAM du Tarn à mettre en place un plan d'actions en partenariat avec les principaux syndicats locaux de pharmaciens et en accord avec les syndicats de médecins ainsi que leur instance ordinale. Des actions de communication et d'information en direction des pharmaciens, des médecins, des assurés sociaux et des associations de patients (CISS) avaient été mises en œuvre au préalable. Cette action initiée au mois de juin 2015 a permis de diviser par 2 le taux d'apposition de la mention « non substituable » (- 5 points) et une croissance de 3 points du taux de substitution, en 3 mois

Médicaments biosimilaires

Pour favoriser l'adoption des biosimilaires, l'Assurance Maladie s'est appuyée, en 2018, sur l'indicateur ROSP médecins issu de la nouvelle convention médicale (prescription des biosimilaires parmi les prescriptions d'insuline glargine) ; des actions d'accompagnement auprès des médecins généralistes visant à soutenir à la fois l'initiation et le switch des traitements par biosimilaires ; la nouvelle contractualisation avec les établissements de santé (CAQES), qui prévoit des engagements sur le taux de prescription de biosimilaires intrahospitalière et exécutée en ville. Le bilan de la ROSP 2018 souligne pour l'instant des résultats peu significatifs. Suite à l'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 sur les innovations, une expérimentation de ROSP à l'hôpital est lancée sur trois ans¹⁸.

Médicaments antibiotiques

La consommation d'antibiotiques en France, en médecine de ville, se situe à un niveau très nettement supérieur à la moyenne européenne : 30,3 DDJ (dose définie journalière) pour 1 000 habitants et par jour en 2016 (contre 21,9 DDJ pour la moyenne européenne). D'après les dernières données de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM, 2017), la consommation des antibiotiques a baissé en France entre 2000 et 2004, mais connaît à nouveau une hausse depuis en secteur de ville, en raison de mésusage. 67 % des prescriptions se rapportent à des affections respiratoires dont 44 % à des affections ORL et 23 % à des affections respiratoires basses. D'où des pics de consommation lors des épidémies grippales, alors que les antibiotiques sont inefficaces dans ces pathologies-là. Les effets de la campagne menée par l'Assurance Maladie, en 2002 : « les antibiotiques, c'est pas automatique » se sont estompés. Les tests de diagnostic rapide sont encore sous-utilisés : seulement 30 % des médecins généralistes déclarent avoir utilisé un test (Cnam, 2017). Par ailleurs, les médecins subissent souvent la pression des malades dans leur pratique de prescription (Revue Prescrire, 2018). Néanmoins, le bilan de la ROSP 2017 souligne une baisse continue de la prescription d'antibiotiques depuis 2011. En 2017, le nombre de traitements antibiotiques est passé de 39,5 à 36,1 en moyenne pour 100 patients, soit 770 000 traitements évités. Le nombre de traitements par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance a également baissé de 3,7 points, l'équivalent de 340 000 traitements évités. Sur ce dernier point, l'effet de la nouvelle ROSP est visible sur l'accélération des changements de pratique (Cnam, 2018). Par ailleurs, une expérimentation de la vente de médicaments à l'unité a été menée, de novembre 2014 à novembre 2015, dans cent pharmacies de quatre régions françaises¹⁹. L'objectif était de réaliser des économies mais aussi de lutter contre le mauvais usage des antibiotiques notamment. Elle a donné lieu à une évaluation parue dans la revue Plos One (Treibich et al., 2017). Les résultats obtenus soulignent une baisse de 10 % dans le volume des médicaments délivrés, une hausse de l'observance chez les patients bénéficiant de la vente à l'unité (91,4 % au lieu de 65,6 % chez les patients de l'autre groupe) ainsi qu'une baisse de 1,9 % de l'automédication.

Médicaments hypolipémiants

¹⁸ Publié au « Journal officiel » le 17 août 2018, un appel à projet national lancé par l'Assurance maladie et le ministère de la Santé vise à expérimenter sur trois ans un nouveau mécanisme d'intéressement pour encourager et valoriser la prescription, par les établissements de santé, de médicaments biosimilaires lorsqu'ils sont délivrés en ville.

¹⁹ Expérimentation sous l'égide de l'Inserm en Ile-de-France, Limousin, Lorraine et Provence-Côte-d'Azur. Elle portait sur 14 antibiotiques et leurs génériques.

La prescription des statines en prévention primaire, c'est-à-dire chez les personnes ne présentant aucun risque cardiovasculaire, reste encore élevée, alors que ces médicaments peuvent occasionner des effets secondaires chez les patients et ne sont pas recommandés par la HAS (HAS, 2010). Aucune évaluation à ce jour de l'impact de l'action ciblée sur la prescription.

Médicaments psychotropes

Déjà en 1996, le psychiatre Édouard Zarifian soulignait la forte consommation de psychotropes parmi la population française (Zarifian, 1996). D'après la base Medicam 2016²⁰ de l'Assurance Maladie, le montant de l'ensemble des dépenses de psychotropes (antidépresseurs, tranquillisants, antipsychotiques...) représente 1,1 milliard d'euros, dont 17 % pour les tranquillisants et les antidépresseurs. Malgré une baisse de la consommation depuis 2000, suite aux actions des pouvoirs publics, l'étude 2017 sur les benzodiazépines (principale classe de tranquillisants) de l'ANSM (ANSM, 2017) souligne que cette consommation reste encore à un niveau élevé, notamment chez les personnes âgées. La France se situe, en effet, au 2^e rang de la consommation parmi les pays européens, après l'Espagne. Malgré les recommandations de l'ANSM, de la HAS²¹ ou de la Cnam, les mésusages de prescription persistent (Braunstein et al., 2017). Les antidépresseurs, par exemple, sont mal utilisés. Moins d'une personne sur quatre souffrant d'une dépression et ayant consulté un médecin généraliste est traitée correctement (Briffault et al., 2010)²². Pourtant des tests efficaces de dépistage de la dépression existent (par exemple, le questionnaire d'Aroll), mais ne sont pas utilisés (Jestin et al., 2018).

Polyprescription chez les personnes âgées

Après 75 ans, la moitié des personnes âgées consomment régulièrement plus de sept molécules différentes (Calvet, 2013) et une proportion importante de patients de 75 ans (ou de plus de 65 ans avec une affection longue durée) se voit délivrer plus de dix molécules par mois (Cnam, 2014). L'Irdes indique que le taux des personnes de plus de 75 ans polymédiquées au seuil de dix molécules se situe entre 33 et 40 % selon la définition adoptée (Monegat et Sermet, 2014). Dans un rapport 2005, la HAS souligne que la polymédication augmente le risque de l'iatrogénie et d'hospitalisation chez la personne âgée (Legrain, 2005). L'Assurance Maladie a engagé quelques actions, passant par le dialogue confraternel entre médecins traitants et médecins conseil ; les médecins ciblés étaient ceux pour lesquels on constatait qu'au moins 5 patients âgés avaient 3 molécules ou plus de la classe des psychotropes délivrées en moyenne par mois, tous prescripteurs confondus. Suite à cette action de sensibilisation, une légère baisse du nombre de médicaments prescrits par patient a été observée (-2,5 %). Mais globalement, malgré les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS, 2014) et les actions ciblées de l'Assurance Maladie, les pratiques évoluent peu (Cnam, 2013).

Actes de biologie médicale

En biologie, on observe à la fois des bilans généraux non ciblés sans la moindre orientation clinique, une redondance des analyses (notamment des analyses réalisées en ville, puis répétées à l'hôpital, lorsque le patient doit y séjourner), une duplication d'analyses pour un même diagnostic, etc. Une grande variabilité des pratiques est donc observée sans corrélation avec les différences de patientèle : alors qu'en moyenne un médecin généraliste prescrit de la biologie à 45 % de sa patientèle, pour un montant moyen de 74 euros, ces mêmes résultats s'élèvent, pour les 10 % plus gros prescripteurs, à 55 % des patients pour un montant moyen de 116 euros. Globalement, la Cnam évaluait, en 2015, la diminution potentielle des redondances d'examens et des tests non pertinents à 200 millions d'euros sur 3 ans (Cnam, 2015). De ce fait, elle a engagé plusieurs actions de sensibilisation auprès des médecins généralistes.

Dans le cas de la vitamine D, la révision de la nomenclature, la diffusion d'un mémo sur les indications validées par la HAS (HAS, 2013) ainsi que des messages relayés par les biologistes ont conduit à une baisse importante du nombre de dosages : plus de la moitié entre 2010 et 2015 - la Cour des comptes avait constaté une

²⁰ Medicam. [Site Ameli](#)

²¹ HAS (2018). [Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? Fiche sur le bon usage des médicaments.](#)

²² HAS. Communiqué de presse, 8 novembre 2017

Pôle de documentation de l'Irdes – Marie-Odile Safon, Véronique Suhard

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.epub

multiplication par 7 du coût de cet acte entre 2007 et 2011²³. La courbe s'est donc infléchi, mais on est encore loin des résultats obtenus au début des années 2000.

Dans le cas des examens thyroïdiens, l'évolution n'a guère été modifiée car ils continuent de croître, malgré des indications aux prescripteurs.

Une campagne a concerné les dosages biologiques pour le dépistage du cancer de la prostate : en 2016, des échanges confraternels ont concerné plus de 10 000 médecins généralistes ; ces visites se sont traduites par une légère diminution des dosages prescrits ; elles ont été suivies d'une enquête d'évaluation sur la mémorisation et l'adhésion aux messages délivrés, montrant que les arguments avaient convaincu 73 % des médecins, dont 26 % déclarent avoir changé leur pratique après l'échange (Cnam, 2017).

Une action concernant la pertinence des examens pré-anesthésiques a été engagée à partir de 2015 en collaboration avec la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR), à la suite du référentiel publié en 2012²⁴. Cette action portait sur quatre situations dans lesquelles la réalisation systématique de certains examens pouvait être jugée inappropriée (car étant justifiée uniquement en cas de facteurs de risque particuliers) : hémostasie chez l'adulte, hémostasie et groupe sanguin avant l'ablation des amygdales et des végétations chez l'enfant, groupe sanguin avant quatre gestes chirurgicaux et ionogramme sanguin. Sur la base des actes réalisés en 2014, l'évaluation des actes non pertinents au regard des recommandations de la SFAR représente un coût évitable pour l'Assurance Maladie de 17 millions d'euros, soit 3,5 millions d'examen. Les actions engagées ont porté sur : des communications scientifiques (congrès SFAR en septembre 2015) ; une information adressée aux établissements de santé ciblés, comportant leur profil d'activité et des affiches pour les patients. Ces informations ont été adressées aux établissements, début 2017, en proposant aux établissements volontaires un accompagnement par des pairs experts de la SFAR. Aucune évaluation d'impact n'a été réalisée à ce jour.

Actes d'imagerie médicale

Le problème de la substitution se pose encore de manière fréquente en imagerie : les échographies, les scanners et les IRM se sont déployés depuis plus de trente ans, mais les radiologies conventionnelles n'ont pas disparu. Selon l'étude de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), la baisse se situe à 6 % entre 2007 et 2012²⁵. Un des examens les plus souvent cités comme obsolète en matière d'imagerie est la radiographie du crâne, inutile en cas de traumatisme crânien mais réalisé de manière quasi systématique aux urgences hospitalières. Un rapport de l'IGF (Bras et al., 2012), chiffrait à 70 % les actes non justifiés, en se basant sur les préconisations de la HAS pour cette radiographie du crâne (HAS, 2008). La Cnam a donc identifié pour 2018 deux leviers principaux en faveur de l'efficacité du parc d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ostéoarticulaire et la forfaitisation du nombre d'examen de radiographie conventionnelle. Une même tendance a été observée dans les examens du rachis : alors que l'imagerie du rachis n'est pas recommandée pour une lombalgie sans signes d'alerte dans les cinq premières semaines, on observe que 63 % des arrêts de travail pour lombalgie sont suivis d'un examen radiologique dans le mois suivant la date d'arrêt. Enfin, l'Assurance Maladie prévoit aussi de cibler en 2019 les actes d'échographie. Plus gros poste dans le secteur de l'imagerie, les dépenses d'échographies augmentent de plus de 2 % par an et cette tendance ne semble pas vouloir s'infléchir²⁶. En effet, la baisse de prix des échographes et le développement d'appareils portatifs voire même portables du type échoscopes conduit à une démocratisation de l'usage de la technologie des ultrasons dans l'imagerie diagnostique sans pour autant garantir la qualité des examens et la compatibilité avec les exigences de la classification commune des actes médicaux. Ainsi, quelles que soient les spécialités (cardiologie, médecine vasculaire, rhumatologie,...) mais aussi en médecine générale, on assiste à une croissance et à un usage de plus en plus fréquent de cette technologie. Il convient ainsi de s'interroger sur la pertinence de ces actes, des recommandations en termes d'équipement et de leur niveau tarifaire compte

²³ Le Menn, J. (2013). Biologie médicale : réussir la réforme, maîtriser les coûts : rapport d'information n° 785 (2012-2013), fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes.

²⁴ SFAR. Examens pré-interventionnels systématiques. In : [Tableau des référentiels](#).

²⁵ IRSN. [Exposition de la population française aux rayons ionisants liée aux actes de diagnostic médical en 2012](#).

²⁶ Les actes d'échographie représentent, en 2017, 29 millions d'échographies facturées en libéral (hors activité des sages-femmes) pour un montant remboursé de près de 1,4 milliard d'euros.

tenu de la part de l'échoscopie dans les actes d'échographies facturés, alors même que cette technique n'a ni été évaluée ni bien sûr inscrite à la nomenclature des actes professionnels. Les recommandations dans le domaine de l'échographie relèveraient donc de plusieurs sociétés savantes avec lesquelles l'Assurance Maladie se propose de travailler pour s'engager collectivement vers des actions d'accompagnement visant à modérer la croissance des volumes ou à adapter une grille tarifaire favorisant une plus efficacité des actes d'échographie. Pour contrôler l'ensemble de ces actes, un accord a été signé dans ce sens entre les radiologues et l'Assurance Maladie, le 24 avril 2018²⁷.

Actes de chirurgie

Pour lutter contre la variabilité régionale des actes chirurgicaux, une démarche de pertinence de soins est portée conjointement, depuis 2011, par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Cnam au sein d'un groupe technique national associant aussi la HAS et l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation). Les travaux menés ont permis d'identifier, en 2014, 33 actes chirurgicaux prioritaires sur la base d'actions déjà engagées par la Cnam, la littérature scientifique et certains critères (volume d'activité, variations régionales...). L'*Atlas national des variations des pratiques médicales* publié en 2016 portait sur dix actes chirurgicaux prioritaires (Le Bail et Or, 2016). Depuis 2014, la Cnam cible principalement ces actions sur la chirurgie bariatrique, celle du canal carpien et la thyroïdectomie.

La chirurgie du canal carpien a donné lieu, en 2014, à 143 744 hospitalisations, soit le deuxième plus fort taux national (220 actes par 100 000 habitants). De plus, cette intervention présente des disparités de taux de recours les plus élevés avec un écart-type de 0,62 (contre 0,17 pour la chirurgie de référence, celle de la hanche) : de 66 séjours pour 100 000 habitants à la Réunion à 396 séjours pour 100 000 habitants (Meuse). Des référentiels ont été élaborés par la HAS en 2012 et 2013 (HAS, 2012, HAS, 2013), montrant que l'intervention chirurgicale est la prise en charge ultime après un traitement médical et la réalisation d'un examen de diagnostic. La Cnam a aussi élaboré en 2013 un référentiel de bonne pratique destiné aux professionnels de santé²⁸ et un livret d'information à la destination des patients. Des échanges confraternels ont aussi été conduits sur la base de supports d'information. Une augmentation du recours à d'autres formes de traitement que l'acte chirurgical a été notée : le recours aux attelles et aux infiltrations a augmenté chez les chirurgiens visités, avec une diminution du taux de recours à l'opération plus importante chez les médecins non visités (-3,6 % contre -0,6 %) (Cnam, 2017).

La chirurgie bariatrique est une chirurgie de l'estomac pour les patients atteints d'obésité sévère ou compliquée. Elle devrait être effectuée en dernier recours, mais les actes se multiplient même chez les adolescents (Paepgaey et al., 2015), en dépit des recommandations de la HAS (HAS, 2009). On observe un doublement des taux de recours entre 2010 et 2014, passant de 26 405 à 46 861 séjours (soit 72 séjours pour 100 000 habitants), avec un renforcement des disparités régionales, qui ne s'explique pas par la prévalence de l'obésité. 8 séjours en Guyane pour 140 dans l'Yonne et l'Aube (Oberlin et De Peretti, 2018). Le suivi des patients est aussi mal effectué : sur 50 000 patients opérés chaque année, la moitié des patients sont perdus de vue deux ans après l'opération (Cnam, 2017, Hazard et al., 2018, Oberlin et De Peretti, 2018).

La thyroïdectomie est indiquée chez les patients atteints d'un cancer de la thyroïde, mais elle est aussi pratiquée chez des patients présentant des nodules bénins, des formes de goitre ou d'hyperthyroïdie. En 2014, cet acte a donné lieu à plus de 46 000 séjours, en baisse par rapport à 2014 (plus de 48 000). Les taux de recours entre départements varient de 49 séjours pour 100 000 habitants dans le Nord et la Charente à 122 dans l'Indre. L'examen diagnostique, la cytoponction, nécessaire pour orienter la prise en charge, reste insuffisamment réalisé : 40 % des patients en ont bénéficié, avec des variations d'un département à l'autre (Cnam, 2017). Des recommandations ont été publiées par la HAS et l'Institut national du cancer en 2007. La Cnam (Cnam, 2013) a également élaboré un référentiel destiné aux professionnels et un livret d'information à la destination du patient. En 2015, le nombre d'interventions a baissé de 6,7 % et 60 % des patients ont bénéficié d'un parcours préopératoire conforme aux recommandations (soit un tiers des patients) (Cnam, 2017).

²⁷ Accord sur la maîtrise d'imagerie médicale. Communiqué de la Cnam, 24 avril 2018. [Site Ameli](#)

²⁸ Cnam (2013), [Référentiel sur le syndrome du canal carpien](#).

La césarienne

La césarienne est une intervention chirurgicale visant à faire naître l'enfant par incision de l'abdomen et de l'utérus de la mère. Elle est indiquée lorsque les conditions, chez la mère ou chez l'enfant, ne sont pas favorables à un accouchement par voie basse, c'est-à-dire par les voies naturelles. Les taux de césariennes pour grossesse unique ont augmenté régulièrement dans les années 2000 (près de 10 % entre 2005 et 2010). Si depuis 2010, en France, le nombre de séjours pour césariennes a diminué d'un peu plus de 4 % (Or et al., 2015) et si la fréquence des césariennes réalisées avant travail a diminué, la fréquence de l'ensemble des césariennes n'a pas diminué de manière significative depuis 2010 et 20,2 % des naissances sont concernées en 2016 (Coulm et al., 2017). De plus, des grandes variations régionales sont observées. Pourtant des recommandations ainsi que des guides à destination des patients ont été élaborés par la HAS (HAS, 2014). Des expérimentations locales ont pourtant été couronnées de succès, notamment à la polyclinique Jean Villar (Elsan) de Bruges (Gironde). Dans le classement annuel des établissements de santé du « Point » en 2012, la maternité de niveau I de la polyclinique était classée deuxième... en partant de la fin avec près de 30 % de césarienne, soit dix points de plus que la moyenne nationale. Les équipes médicales ont alors réfléchi à l'amélioration de leurs pratiques. Alors que l'établissement réalisait 29,46 % de césariennes en 2010 et encore 26 % en 2013 – l'année de mise en place de l'expérimentation - le taux chute à 21 % en 2017 et les césariennes programmées sont passées de 14 % en 2013 à 10 % (Benichou, 2017).

Événements indésirables graves (EIG)

Les événements indésirables graves sont liés à une grande variété de causes : défaillance humaine des professionnels, formations insuffisantes, supervision insuffisante des collaborateurs, erreur d'indication thérapeutique, déviance par rapport à des protocoles ou des recommandations, mauvaise communication au sein des équipes médicales, etc. Les résultats de l'enquête ENEIS 2009 de la Drees relative aux établissements de santé chiffraient les événements indésirables graves à 6,2 pour 1 000 jours d'hospitalisation, dont 2,6 EIG évitables. Cela correspond à environ un EIG tous les cinq jours dans un service de trente lits ou plus de 70 par an pour ce même service (Michel et al., 2011). Or la survenue d'un EIG tend à doubler la durée de séjour d'une hospitalisation et en augmente son coût selon une étude réalisée par l'Irdes en 2012 (Nestrigue et Or, 2012). Une étude publiée en 2013 (Freund et al., 2013) démontrait que le contexte des urgences augmentait le risque d'erreurs médicales évalué à 10 %. Une autre étude suggérait aussi que des échanges entre médecins pouvaient réduire ce risque (Freund et al., 2015). Ces erreurs peuvent être sans conséquences (les near miss) ou au contraire graves avec des complications. Les résultats de l'étude Charmed, menée dans six services d'accueil de l'AP-HP - qui a analysé 1 680 dossiers de patients sur deux périodes de dix jours - viennent corroborer cette hypothèse (Freund et al., 2018). Des vérifications croisées systématiques et régulières entre médecins réduisent de 40 % le risque d'erreurs médicales, 47 % les erreurs sans gravité et 29 % les erreurs graves. Parmi les EIG, environ deux tiers ont eu des conséquences temporaires, ayant nécessité une hospitalisation ou sa prolongation, et les autres ont entraîné des séquelles définitives. Sur cette même longueur d'onde, la Haute autorité de santé a lancé, en avril 2014, l'expérimentation PACTE (Programme d'amélioration continue du travail en équipe) - l'analyse des causes des événements indésirables associés aux soins (EIAS) ayant donc montré qu'il existe un lien entre leur survenue et le travail en équipe : défaut d'organisation, de vérification, de coordination, de dialogue... Pour y remédier, le PACTE comporte de nombreux outils opérationnels autour notamment de la communication, de la gestion des risques en équipe, de la dynamique d'équipe, du *leadership*. L'objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient en agissant sur les facteurs humains et organisationnels²⁹ (HAS, 2018).

Des actions spécifiques ont aussi été réalisées dans les Ehpad. La première action concerne la maîtrise de la prescription d'antibiotiques auprès des personnes âgées. Afin de prévenir l'antibiorésistance par la diffusion de bonnes pratiques et d'outils d'aide à la prescription dans les Ehpad, l'Assurance Maladie propose un programme d'accompagnement spécifique s'appuyant sur les référentiels de la HAS et sur les prescriptions des antibiotiques destinés aux médecins de ville. Ce programme d'accompagnement s'adresse aux équipes des Ehpad (médecins coordonnateurs, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s) et aux médecins traitants afin de les

²⁹ HAS (2018). [Expérimentation PACTE](#)

sensibiliser aux risques de l'antibiorésistance et de les encourager à adopter les meilleures pratiques. Une autre action concerne le développement des actes de télé-médecine pour limiter le recours aux urgences. L'avenant n°2 à la convention médicale 2016-2021, signé le 2 mars 2017, introduit des actes de télé-médecine (télé-expertise et téléconsultation) pour les patients résidant en Ehpad. L'Assurance Maladie propose de mener d'ici 2019 une évaluation médico-économique du recours au médecin traitant par téléconsultation pour les résidents en Ehpad et ayant permis d'éviter une admission aux urgences.

Bibliographie

(2018). "Les patients se font-ils prescrire leurs médicaments d'automédication par leur médecin généraliste ?" Revue Prescrire **38**(415): 384-385.

ANSM (2017). L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015. St Denis, ANSM : 41p.

Benichou, R. (2017). Comment la polyclinique Jean Villar a fait baisser son taux de césariennes ? Intervention au colloque de la HAS sur la pertinence de soins. Paris : HAS.

Bras, P.-L., Vieilleribiere, J.-L. et Lesteven, P. (2012). Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux : rapport : annexes et pièces jointes. Paris : IGF. 2vol. (116 ; 183p.).

Braunstein, D., Hardy, A., Boucherie, Q., Frauger, E., et al. (2017). "Antidepressant adherence patterns in older patients: use of a clustering method on a prescription database." Fundam Clin Pharmacol **31**(2): 226-236.

Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., Dardennes, R., et al. (2010). "[Factors associated with treatment adequacy of major depressive episodes in France]." Encephale **36 Suppl 2**: D59-72.

Calvet, L. (2013). Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus. Comptes nationaux de la santé 2012.: 48-68.

Cnam (2013). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie. Paris Cnam.

Cnam (2013). Pertinence des soins : une analyse de la pratique des thyroïdectomies chez l'adulte, Paris : Cnam

Cnam (2014). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2015. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie. Paris Cnam.

Cnam (2015). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016. Paris Cnam.

Cnam (2017). Rapport sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2018 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. Paris Cnam: 229 , tabl.

Cnam (2018). La rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) : bilan à un an du nouveau dispositif
Coulm, B., Bonnet, C., Blondel, B., Vanhaesebrouck, A., et al. (2017). Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Paris Drees: 317.

Freund, Y., Goulet, H., Bokobza, J., Ghanem, A., et al. (2013). "Factors Associated with Adverse Events Resulting From Medical Errors in the Emergency Department: Two Work Better Than One." Journal of Emergency Medicine **45**(2): 157-162.

Freund, Y., Goulet, H., Leblanc, J. et al. (2018). "Effect of systematic physician cross-checking on reducing adverse events in the emergency department: The charmed cluster randomized trial." JAMA Internal Medicine **178**(6): 812-819.

Freund, Y., Rousseau, A., Berard, L., Goulet, H., et al. (2015). "Cross-checking to reduce adverse events resulting from medical errors in the emergency department: study protocol of the CHARMED cluster randomized study." BMC Emergency Medicine **15**(1): 21.

HAS (2008). Indications de la radiographie du crâne et/ou du massif facial, Saint-Denis : HAS: 78p.

HAS (2009). Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Interventions initiales - Réinterventions, Saint-Denis : HAS: 263p.

HAS (2010). Efficacité et efficacité des hypolipémiants : une analyse centrée sur les statines, Saint-Denis : HAS: 118p.

HAS (2012). Chirurgie du syndrome du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente, Saint-Denis : HAS: 146p.

HAS (2013). Syndrome du canal carpien : Optimiser la pertinence du parcours patient, Saint-Denis : HAS: 46p.

HAS (2013). Utilité clinique du dosage de la vitamine D. Rapport d'évaluation, Saint-Denis : HAS: 95p.

HAS (2014). Césarienne programmée à terme. Optimiser la pertinence du parcours de la patiente. Synthèse de l'expérimentation de 2013 à 2014. Saint-Denis : HAS: 35.

HAS (2014). Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?, Saint-Denis : HAS: 13p.

HAS (2018). Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe - Pacte - Rapport final de l'expérimentation. Saint-Denis : 203.

Hazard, L. et al., e. (2018). "Evolution du recours à la chirurgie bariatrique en France entre 2008 et 2014. ." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(5).

Jestin, E., Launay, J. d., Cestera, P. et et al. (2018). "Repérer l'épisode dépressif caractérisé en médecine générale." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(4): 187-191.

Le Bail, M. et Or, Z. (2016). Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales : Édition 2016. Paris : Irdes

Legrain, S. (2005). Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance. Saint-Denis : HAS: 18p.

Michel, P., Minodier, C. et Roberts, T. (2011). "Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité." Etudes Et Resultats (Drees)(761): 8.

Monegat, M. et Sermet, C. (2014). "La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure." Questions d'Économie de la Santé Irdes(204): 1-8.

Nestrigue, C. et Or, Z. (2012). "Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France." Document de travail Irdes (44): 24p.

Oberlin, P. et De Peretti, C. (2018). "Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997." Etudes Et Resultats (Drees)(1051): 6.

Or, Z., Le Bail, M. et Fouchard, A. (2015). "Pour un atlas des variations des pratiques en France." Actualite Et Dossier En Sante Publique(92): 43-45.

Paepegaey, A. C., Dubern, B. et Karsenty, A. (2015). "Prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité de l'adolescent : quand et comment réaliser la transition vers la prise en charge adulte ?" Archives de Pédiatrie **22**(12): 1233-1239.

Thereaux, J. (2018). "[Relevance of bariatric surgery care]." Presse Med **47**(5): 444-446.

Treibich, C., Lescher, S., Sagaon-Teyssier, L. et Ventelou, B. (2017). "The expected and unexpected benefits of dispensing the exact number of pills." PLoS One **12**(9): e0184420.

Zarifian, E. (1996). Le prix du bien-être : psychotropes et société, Paris : Editions Odile Jacob

RECOMMANDATIONS MEDICALES : UN IMPACT A FAIBLE ET MODERE SUR LES PRATIQUES MEDICALES

La médecine basée sur des faits probants indique que tout médecin devrait fonder ses décisions sur des données scientifiques indemnes de biais, adaptées à la situation clinique du patient et tenir compte de ses préférences et valeurs après information loyale (Sackett et al., 1996). En médecine générale ou spécialisée, il est impossible d'être au fait de l'actualité de toutes les données scientifiques. Compte tenu de cette réalité intangible, les données de la science théoriquement pertinentes sont accessibles dans les recommandations de pratique médicale. Mais la question est de savoir si les données des recommandations sont cliniquement pertinentes pour les patients et si elles répondent à un bon niveau de preuve. Une étude américaine récente basée sur l'analyse descriptive de plus de 3 000 recommandations démontre que moins de 20 % des guidelines destinés aux médecins généralistes remplissent ces critères (Ebell et al., 2017) (Félibré, 2018/03/23). Néanmoins, en sus de la diffusion des informations via Internet et des visites confraternelles des médecins-conseils ou délégués médicaux diligentés par la Cnam, la diffusion des bonnes pratiques auprès des médecins se fait pourtant par le biais des référentiels ou recommandations médicales. En effet, la plupart des actions ou expérimentations menées par le ministère chargé de la santé ou l'Assurance Maladie s'appuient sur des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS), la Cnam et les sociétés savantes. Mais comme le souligne le rapport sénatorial sur la pertinence de soins, l'impact sur les changements de pratiques des médecins est souvent modéré avec une durée limitée dans le temps : deux ans environ après la publication de la recommandation (Vanlerenberghe, 2017). Une première évaluation, réalisée en 2000 sur l'efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales (Anaes, 2000), portait sur les interventions dites professionnelles et excluait les interventions sur l'organisation, la régulation et les modes de financement des soins. Les conclusions du rapport étaient les suivantes : les stratégies de diffusion simple de l'information et de la formation médicale continue traditionnelle étaient considérées comme inefficaces. Les interventions faisant intervenir des leaders d'opinion étaient jugées comme ayant un impact non clairement démontré ; la FMC interactive et l'audit/retour d'information (audit feedback) avaient un impact démontré mais un effet limité ; la visite à domicile (educational outreach visit, academic detailing) et les rappels (reminders) un effet démontré et important. Quatre points étaient également soulignés : la plupart des travaux montraient une disparition rapide de l'impact des interventions à l'arrêt de celles-ci ; l'efficacité des méthodes de type retour d'information ou rappel n'était pas liée à un effet éducationnel ; l'association de plusieurs méthodes de mise en œuvre était conseillée par de nombreux auteurs ; seuls des rappels informatiques permettaient d'envisager la mise en œuvre simultanée de nombreuses recommandations. L'évaluation mise à jour en 2014 (HAS, 2014) arrivait à des résultats presque identiques et concluait que la plupart des interventions professionnelles ne conduisaient qu'à une amélioration faible ou modérée des pratiques des professionnels de santé et que peu de travaux analysaient l'impact des interventions sur les résultats des soins. Dans le même temps, des études du groupe Cochrane EPOC (Grimshaw et al., 2004) (Flodgren et al., 2016)) aboutissaient à des conclusions similaires. Il convient de noter par ailleurs que - bien que réalisées conjointement avec les professionnels de santé et les patients - les recommandations sont souvent des documents très lourds à consulter par les professionnels. Pour faciliter cette appropriation, la HAS développe donc depuis deux ans des « fiches mémo » plus faciles et rapides à lire.

Quelques résultats concrets ont été cependant constatés. Dans le cadre de la chirurgie du canal carpien, des référentiels ont été élaborés par la HAS en 2012 et 2013, montrant que l'intervention chirurgicale était la prise en charge ultime après un traitement médical et la réalisation d'un examen de diagnostic. La Cnam a aussi élaboré en 2013 un référentiel de bonne pratique destiné aux professionnels de santé et un livret d'information à la destination des patients. Des échanges confraternels ont aussi été conduits sur la base de supports d'information. Au terme de l'ensemble de ces actions, une augmentation du recours à d'autres formes de traitement que l'acte chirurgical a été notée : le recours aux attelles et aux infiltrations a augmenté chez les chirurgiens visités, avec une diminution du taux de recours à l'opération plus importante chez les médecins non visités. (- 3,6 % contre - 0,6 %). De même pour la thyroïdectomie : des recommandations ont été publiées par la HAS et l'Institut national du cancer en 2007. La Cnam a également élaboré un référentiel en 2015 destiné aux professionnels et un livret d'information à la destination du patient. En 2015, le nombre d'interventions a baissé de 6,7 % et 60 % des patients ont bénéficié d'un parcours préopératoire conforme aux recommandations (soit un tiers des patients) (Cnam, 2017). Mais d'autres recommandations ne sont pas suivies comme celles de la HAS en 2009 concernant la rubéole chez les femmes enceintes, les bilans lipidiques ou l'analyse des PSA dans le dépistage du cancer de la prostate (Cash et Kervasdoue, 2018). L'analyse de la littérature empirique française donne différents enseignements. Globalement, le taux d'adhésion va de faible (Sauvaget et al., 2015) pour la prescription d'inhibiteurs de la pompe à proton à modéré (Phelippeau et al., 2018) pour l'hystérectomie dans le cancer de l'endomètre, et ne dépasse que rarement le seuil de 50 %. Plusieurs facteurs concourent à une meilleure adhésion : la publication récente d'une recommandation (Levy et al., 2014, Ouzaid et al., 2014) ; l'adhésion des patients à leur traitement (Schieber et al., 2011, Berard et al., 2018) ; l'appartenance des médecins à un réseau ou groupe de recherche ainsi que le rôle de la formation médicale continue (Guillou Landreat et al., 2015, Sellam et al., 2015) ; enfin, l'implication de l'industrie pharmaceutique dans la promotion médicale (Birebent et al., 2014) semble jouer un rôle non négligeable.

Bibliographie

- Anaes (2000). Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales. Paris : Anaes : 48.
- Berard, E., Bongard, V., Haas, B., et al. (2018). "L'adhésion aux recommandations européennes de prévention cardiovasculaire est associée à une diminution de la mortalité totale et cardiovasculaire en France." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (Beh)(10).
- Birebent, J., Dupouy, J., Lempegnat, J., et al. (2014). "[Did the recommendation of the French public health council modify the antipapillomavirus vaccines' prescription level?]." Rev Epidemiol Sante Publique **62**(3): 195-199.
- Cash, R. et Kervasdoue, J. (2018). La coûteuse inégalité des soins : soigner mieux, soigner moins cher. Paris Economica: 172 , tab., graph., fig.
- Cnam (2017). Rapport sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2018 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. Paris Cnam: 229..
- Ebell, M. H., Sokol, R., Lee, A., et al. (2017). "How good is the evidence to support primary care practice?" Evid Based Med **22**(3): 88-92.
- Félibré, S. (2018/03/23). "Du bien fondé des recommandations." Généraliste (Le)(2828).
- Flodgren, G., Hall, A. M., Goulding, L., et al. (2016). "Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines." Cochrane Database Syst Rev(8): Cd010669.
- Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., et al. (2004). "Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies." Health Technol Assess **8**(6): iii-iv, 1-72.
- Guillou Landreat, M., Rozaire, C., Guillet, J. Y., et al. (2015). "French Experience with Buprenorphine : Do Physicians Follow the Guidelines?" PLoS One **10**(10): e0137708.

HAS (2014). Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales, Saint-Denis : HAS: 481.

Levy, C., Pereira, M., Guedj, R., et al. (2014). "Impact of 2011 French guidelines on antibiotic prescription for acute otitis media in infants." Med Mal Infect **44**(3): 102-106.

Ouzaid, I., Hermieu, J. F., Hupertan, V., et al. (2014). "[Practice uptake in France before and after the 2010 French guidelines on kidney cancer]." Prog Urol **24**(5): 257-261.

Phelippeau, J., Rouzier, R. et Koskas, M. (2018). "Adherence to Guidelines During Follow-up of Endometrial Cancer: Analysis of French Health Insurance Database." Anticancer Res **38**(5): 2977-2982.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., et al. (1996). "Evidence based medicine: what it is and what it isn't." Bmj **312**(7023): 71-72.

Sauvaget, L., Rolland, L., Dabadie, S., et al. (2015). "[Survey of the prescriptions of proton pump inhibitors in patients admitted in an internal medicine ward: how is the compliance to the French guidelines?]." Rev Med Interne **36**(10): 651-657.

Schieber, A. C., Kelly-Irving, M., Rolland, C., et al. (2011). "Do doctors and patients agree on cardiovascular-risk management recommendations post-consultation ? The Intermede study." British Journal of General Practice **61**(584): 178-182.

Sellam, A., Chahwakilian, P., Cohen, R., et al. (2015). "[Impact of guidelines on ambulatory pediatric antibiotic prescriptions]." Arch Pediatr **22**(6): 595-601.

Vanlerenberghe, J. M. (2017). Rapport d'information sur la pertinence des soins. Paris : Sénat: 62.

FORMATION MEDICALE : UNE EFFICACITE LIMITEE DANS LE TEMPS

La formation médicale des médecins est assurée principalement par le dispositif officiel de la DPC (Développement professionnel continu) et par des actions spécifiques menées par l'Assurance Maladie ou les groupes qualité.

Le développement professionnel continu

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est un dispositif de formation initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009 et adapté par la loi de Modernisation du système de Santé en 2016. Un programme de DPC a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. L'agence nationale du DPC, récemment créée, répertorie sur son site internet, mondpc.fr, les organismes de formation qui répondent, entre autres à ces deux critères. La question de la pertinence des soins est très présente dans les actions de formation. Ce dispositif, très récent n'a pas encore fait l'objet d'évaluation précise de son impact sur les pratiques professionnelles en matière de pertinence de soins.

Actions de formation /information de l'Assurance Maladie

Contexte

L'Assurance Maladie développe des actions de formation en direction des professionnels dont le but est l'amélioration des pratiques. Chaque année, un programme national est établi avec :

- Une programmation des visites des délégués de l'Assurance Maladie³⁰ et des médecins-conseil auprès des professionnels de santé et des établissements, sur des thèmes dont l'enjeu est important en termes de potentiel de modification des pratiques ;
- L'élaboration d'un contenu de visite (supports construits à partir d'un référentiel médical ou médico-économique et soumis pour validation à la Haute Autorité de santé (HAS), profils d'activité du professionnel sur le thème concerné) ;
- Un ciblage des professionnels à visiter, sélectionnés en fonction de leur pratique telle qu'elle peut être analysée dans les bases de données.

Les actions d'information /formation se traduisent par la production de documents, remis aux professionnels et dans certains cas aux patients, sur divers supports, papiers ou de plus en plus souvent dématérialisés. Cependant, selon l'Igas³¹, la nature des informations apportées aux professionnels de santé doit être revue en profondeur. L'expérience des actions menées par l'Assurance Maladie montre qu'elles suffisent rarement à produire seules des effets à grande échelle. Les constats qu'amène à formuler le retour d'expérience des actions menées par l'Assurance Maladie en la matière l'ont d'ores et déjà conduite à faire évoluer ses pratiques, par exemple en recourant davantage à des supports d'information ou d'aide à la décision plus modernes ou en développant une approche plus personnalisée de la relation de son réseau avec les professionnels de santé, particulièrement les médecins, à travers des plans personnalisés d'accompagnement. Une autre évolution a été de travailler de manière plus étroite avec des institutions professionnelles pour construire et porter des actions de qualité pertinence et sécurité des soins (QPSS). Par exemple, l'Assurance Maladie s'est associée avec la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) pour engager une action concernant la pertinence des examens pré-anesthésiques à partir de 2015, faisant suite à la parution du référentiel en 2012³². Cette action porte sur quatre situations dans lesquelles la réalisation systématique de certains examens pouvait être jugée inappropriée (car étant justifiée uniquement en cas de facteurs de risque particuliers). Les actions engagées ont porté sur des communications scientifiques (congrès SFAR en septembre 2015) ; une information adressée aux établissements de santé ciblés, comportant leur profil d'activité et des affiches pour les patients : ces informations ont été adressées aux établissements début 2017, en proposant aux établissements volontaires un accompagnement par des pairs experts de la SFAR. Une autre démarche initiée récemment par la Cnam sous-tend une méthode de travail se fondant sur un engagement premier des professionnels de santé impliqués à construire un guide de prise en charge dont ils seront ensuite les promoteurs et les utilisateurs auprès des patients dans la double perspective d'une amélioration de la qualité des soins et de la maîtrise collective des dépenses. Par exemple, les travaux en cours avec la Société française de cardiologie et la société française de rhumatologie autour des parcours pour la prise en charge de patients atteints d'insuffisance cardiaque d'une part et d'autre part atteints d'ostéoporose³³. Cette démarche devrait se poursuivre sur d'autres sujets et se compléter par une réflexion sur la méthode de déclinaison des parcours proposés afin d'en assurer l'appropriation, l'application et une évaluation de la mise en œuvre dans les pratiques.

Évaluations

Visites des professionnels de santé par les délégués de l'assurance maladie (DAM), les praticiens conseils et les conseillers informatiques service (CIS)

Le rapport Igas (2017)³⁴ donne des données chiffrées, basées sur des sources Cnam. Les campagnes DAM touchent essentiellement les médecins généralistes dans une approche large : en moyenne plus de 22 200 praticiens à chaque campagne nationale, tandis que les entretiens confraternels plus ciblés n'en concernent en moyenne que 1 700. Ce mode de relation est généralement bien perçu par les professionnels libéraux car

³⁰ Sur le rôle des délégués de l'assurance maladie et des médecins conseil voir également : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Michele_Carzon_-_CNAMTS_-_Information_des_professionnels_de_sante_sur_les_produits_de_sante.pdf

³¹ Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS. Paris : Igas, 2017

³² Cnam, Rapport Charges et produits 2017

³³ Cnam, Rapport Charges et produits 2019

³⁴ Mejane, J., Rey, J. L. et Viosat, L. C. (2017). Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnamts – Gestion du risque

adapté aux contraintes de leur pratique en cabinet. On constate toutefois depuis trois ans une hausse du taux de refus, plus marquée pour les entretiens confraternels, et qui n'est pas encore expliquée par l'Assurance Maladie. Au total, ce dispositif est jugé comme essentiel mais a un impact limité sur les pratiques, notamment en matière de prescription médicamenteuse.

Les visites confraternelles

Une évaluation d'une campagne de visites confraternelles menée par l'Assurance maladie sur la place des dosages biologiques dans le dépistage du cancer de la prostate a été réalisée en 2016³⁵. Les échanges confraternels ont concerné plus de 10 000 médecins généralistes ; ces visites se sont traduites par une légère diminution des dosages prescrits ; elles ont été suivies d'une enquête d'évaluation sur la mémorisation et l'adhésion aux messages délivrés, montrant que les arguments avaient convaincu 73 % des médecins, dont 26 % déclarent avoir changé leur pratique après l'échange.

Évaluation d'une campagne sur le bon usage des antibiotiques³⁶

D'octobre 2015 à avril 2016, plus de 32 000 médecins généralistes ont été rencontrés par les délégués de l'Assurance Maladie à propos de la prescription d'antibiotiques. Lors de la visite, un profil personnalisé de prescription était mis à disposition du prescripteur pour lui restituer sa pratique de façon individualisée, lui permettant ainsi de se situer par rapport à ses pairs. Cette campagne sur l'antibiorésistance a conduit à une diminution de la part des patients sous antibiotiques en 2016 chez les médecins visités étudiés. Bien que les mêmes évolutions soient observées chez les médecins témoins, les taux des patients s'étant vus prescrire des antibiotiques par les médecins généralistes visités étudiés deviennent importants ou sensiblement équivalents aux taux des patients s'étant vus prescrire des antibiotiques par les médecins généralistes témoins (selon la tranche d'âge), alors qu'ils étaient supérieurs pour toutes les tranches d'âge avant la visite.

Évaluation d'une campagne sur l'obésité infantile

La première campagne de visites des délégués de l'Assurance Maladie, menée d'octobre 2010 à avril 2011, a concerné plus de 23 000 médecins généralistes et a été relayée auprès des pédiatres lors d'échanges confraternels. Une seconde campagne, fin 2013, encore davantage centrée sur l'utilisation des courbes de corpulence et sur l'intérêt du repérage précoce des enfants à risque de devenir obèses, a été réalisée auprès de plus de 20 000 médecins généralistes. L'évaluation de cette action en 2014 montre une évolution dans leurs pratiques de dépistage : ils déclarent davantage calculer l'IMC pour tous les enfants (52 % en 2014 versus 45 % en 2011) et être plus attentifs au rebond d'adiposité précoce (48 % en 2014 versus 35 %). Ces résultats contrastent avec la stabilité de leur connaissance de la définition du rebond d'adiposité, où, comme en 2011, seulement 4 médecins sur 10 le situent correctement, vers l'âge de 6 ans.)

Évaluation d'une campagne sur la chirurgie des nodules thyroïdiens et du canal carpien³⁷

En 2013, le rapport de propositions de l'Assurance Maladie 2014 présentait des analyses sur deux parcours de soins pour lesquels la question de la pertinence d'une intervention chirurgicale était posée. Dans le cas de la chirurgie des nodules thyroïdiens, plus des deux tiers des patients opérés en 2010 n'avaient pas bénéficié d'un parcours préopératoire conforme aux recommandations, soit en ayant eu des examens non nécessaires, soit en n'ayant pas eu certains examens nécessaires. Dans un grand nombre de cas, cela conduisait à la réalisation d'un acte chirurgical a priori non pertinent. L'action menée par l'Assurance Maladie auprès des praticiens a permis d'accompagner une évolution des pratiques médicales, puisqu'en 2015, le nombre d'interventions pour la thyroïde a baissé de 6,7 % sur le territoire national, 60 % des patients ayant bénéficié d'un parcours préopératoire conforme aux recommandations. Dans le cas de la chirurgie du canal carpien, les analyses de la Cnam montraient que 30 % des patients opérés avaient eu un électromyogramme (examen recommandé avant la chirurgie), et que seuls 24 % des patients avaient bénéficié d'une infiltration ou d'une attelle avant

³⁵ Cnam, Rapport Charges et produits 2018

³⁶ Cnam, Rapport Charges et produits 2018

³⁷ Cnam, Rapport Charges et produits 2018

l'intervention chirurgicale, options thérapeutiques conservatrices susceptibles d'apaiser les symptômes et d'éviter la chirurgie. Une campagne d'échanges confraternels avec des supports d'information à l'attention des professionnels de santé et des patients a été mise en œuvre suite à ce rapport. L'effet de ces visites a été une augmentation du recours aux attelles et aux infiltrations chez les chirurgiens visités par rapport aux « non visités » et une diminution plus importante du nombre d'interventions pour canal carpien (3,6 %, versus - 0,6 % chez les chirurgiens non visités).

Groupe qualité en médecine générale ³⁸

Contexte

Les groupes qualité sont des démarches collectives en médecine de ville, constituées de médecins généralistes volontaires d'une même zone géographique, désireux d'échanger et de réfléchir à leurs pratiques professionnelles. Autour de ces groupes locaux est mis en place un partenariat régional, réunissant l'Union régionale des professionnels de santé médecins (URPS Médecins généralistes), l'Assurance Maladie, l'association APIMED (Association pour l'amélioration des pratiques et l'information médicale) et l'Agence régionale de santé.

Évaluations

Les groupes qualité visant explicitement une modification des pratiques médicales, l'évaluation de leur impact doit se faire à travers une analyse des volumes et de la nature des prescriptions des médecins participants par rapport à un groupe témoin. Deux évaluations de ce dispositif ont été menées, l'une en Bretagne et l'autre en Normandie. Ces dernières ont montré que les médecins qui participent aux groupes qualité ont des pratiques de prescription différentes des autres et à bien des égards meilleures. L'Assurance Maladie considère toutefois que ces évaluations ne permettent pas d'affirmer avec certitude le rôle causal des groupes qualité dans ces écarts et les estimations chiffrées des économies potentiellement générées doivent être considérées avec prudence. Elle préconise notamment une évaluation d'impact des groupes qualité avec une méthodologie commune à l'ensemble des régions sur la période la plus longue possible et une évolution de ces groupes adaptée à la transformation actuelle du système de santé.

Bibliographie

- Bal, G., David, S., Sellier, E., et al. (2010). "Intérêt des revues de mortalité et de morbidité pour la formation des médecins et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : revue de la littérature." Presse Médicale (La) **39**(2): 161-168
- Blanc, V., Bruno-Bazureault, P., Malicki, A., et al. (2008). "Campagne "Antibios quand il faut" dans les Alpes-Maritimes : absence d'impact sur l'incidence des infections invasives dues aux bactéries respiratoires communautaires chez l'enfant, 1998-2003." La Presse Médicale **37**(12): 1739-1745.
- Bruckert, E., Giral, P., Paillard, F., et al. (2008). "Effect of an educational program (PEGASE) on cardiovascular risk in hypercholesterolaemic patients." Cardiovasc Drugs Ther **22**(6): 495-505.
- Bruno-Bazureault, P., Touboul, P., Hofliger, P., et al. (2006). "Visites confraternelles aux médecins libéraux généralistes et pédiatres des Alpes-Maritimes lors de la campagne "Antibios quand il faut" : Méthodologie, faisabilité et intérêt." La Presse Médicale **35**(5): 749-754.
- Cnam (2018). Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Paris : Cnam

³⁸ Cnam, Rapport Charges et produits 2019

- Cnam (2017). Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2018 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018.
- Cnam (2005) Évaluation de la prescription d'antibiotiques par les chirurgiens-dentistes omnipraticiens - mesure initiale. Paris : Cnam
- Dang Ha Doan, B., Levy, D., Teitelbaum, J., et al. (2009). "La formation médicale continue." Cahiers de sociologie et de démographie médicales **49**(1): 74-84.
- Devilleers, L., Sicsic, J., Delbarre, A., et al. (2018). "General Practitioner trainers prescribe fewer antibiotics in primary care: Evidence from France." PLoS One **13**(1): e0190522.
- Durieux, P., Ravaud, P., Chaix, C., et al. (1999). "La formation médicale continue améliore-t-elle le comportement des médecins ?" La Presse Médicale **28**(9): 468-472.
- Ferrat, E., Le Breton, J., Guery, E., et al. (2016). "Effects 4.5 years after an interactive GP educational seminar on antibiotic therapy for respiratory tract infections: a randomized controlled trial." Fam Pract **33**(2): 192-199.
- Franco, J.-M., De Chazournes, P., Falcoff, H., et al. (2007). "Impact des "visites de pairs" étude randomisée à l'île de la Réunion sur l'amélioration du suivi des patients diabétiques." Rev Prat **57**(11): 1211-1217.
- Grange, F., Woronoff, A. S., Bera, R., et al. (2014). "Efficacy of a general practitioner training campaign for early detection of melanoma in France." Br J Dermatol **170**(1): 123-129.
- Guerville, M.-A., Paraponaris, A. et Regi, J.-c. (2009). "Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique." Etudes Et Résultats(708): 8p.
- Guilhot, J., Weill, A. et Fender, P. (1998). "La problématique de l'antibiothérapie en France du point de vue de l'assurance maladie." Revue Médicale De L'assurance Maladie(3): 36-42.
- Le Corvoisier, P., Renard, V., Roudot-Thoraval, F., et al. (2013). "Long-term effects of an educational seminar on antibiotic prescribing by GPs: a randomised controlled trial." Br J Gen Pract **63**(612): e455-464.
- Lecadet, J., Vialaret, K., Vidal, P., et al. (2004). "Mesure à l'échelle d'une région des effets d'un programme national d'information sur le bon usage des antibiotiques." Revue Médicale de l'Assurance Maladie(2): 81-89.
- Lepine, A. (2013). Quelle formation pour modifier les pratiques ? Impact d'une formation réalisée en 2012, sur la prise en charge de la cystite aiguë simple en médecine générale (selon les recommandations de l'AFSSAPS 2008). Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : 62p.
- Mejane, J., Rey, J. L. et Viossat, L. C. (2017). Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnamts – Gestion du risque. 2 volumes. Rapport Igas. Paris : Igas
- Montagnon, M. (2013). "[Improving health care quality by professional practice evaluation and the development of continuing professional education]." Rev Infirm Spec No: 4-6.
- Peuvrel, L., Quereux, G., Jumbou, O., et al. (2009). "Impact of a campaign to train general practitioners in screening for melanoma." Eur J Cancer Prev **18**(3): 225-229.
- Philibert, A.-C.(2012). Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de développement professionnel continu en médecine générale. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : 45p.
- Pradier, C., Dunais, B., Ricort-Patuano, C., et al. (2003). "Campagne "Antibios quand il faut" mise en place dans Pôle de documentation de l'Irdes – Marie-Odile Safon, Véronique Suhard

le département des Alpes-Maritimes." *Med Mal Infect* **33**(1): 9-14.

Salanave, B., Bertin, N., Vernay, M., et al. (2008). "Évaluation de l'impact de visites confraternelles avec ou sans examen conjoint sur le comportement des malades hypertendus exonérés du ticket modérateur." *Pratiques Et Organisation Des Soins*(2): 87-94.

Triadou, P. (2011). *Santé publique en réforme, de l'excellence à la performance*. Paris, Editions WEKA

Wang, S., Pulcini, C., Rabaud, C., et al. (2015). "Inventory of antibiotic stewardship programs in general practice in France and abroad." *Med Mal Infect* **45**(4): 111-123.

Weill, A., Ricordeau, P., Vallier, N., et al. (2002). "Impact du programme d'intervention de l'Assurance maladie sur le diabète de type 2." *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*(20-21): 87-88.

OUTILS D'AIDE A LA DECISION : VERS DE NOUVEAUX DISPOSITIFS NUMERIQUES

Contexte

L'essentiel des médicaments consommés en France étant constitué de produits à prescription médicale obligatoire, cette dernière apparaît alors comme le mode privilégié d'accès au médicament. C'est pourquoi l'Assurance Maladie a particulièrement ciblé ses actions sur la pertinence des prescriptions médicamenteuses (antibiotiques, antidiabétiques, risques iatrogènes). Les professionnels sont sensibilisés à cette problématique via plusieurs moyens d'action : outils conventionnels, visites confraternelles, contrôle. Différents dispositifs d'aide à la décision clinique ont été mis en place en parallèle (diffusion de listes préférentielles de médicaments dans les Ehpad, outil STOPP and START : outil de détection de la prescription médicamenteuse potentiellement inappropriée chez la personne de 65 ans ou plus qui vient d'être traduit en français, test de diagnostic rapide en ambulatoire...).

La HAS, quant à elle, met au point et diffuse des produits variés, adaptés aux besoins apparus pour améliorer la pertinence des parcours du patient : études de problématique, outils d'amélioration des pratiques professionnelles, guides pour les patients, recommandations de bonne pratique, évaluations technologiques, indicateurs de qualité des soins. Développés avec les professionnels de santé, la Cnam et les sociétés savantes, ces différents outils ont pour objectifs d'aider à la prise de décision dans le choix des soins, d'harmoniser les pratiques, de réduire les traitements et actes inutiles ou à risque et de promouvoir les actes pertinents. Elles jouent aussi le rôle d'appui ou d'aide à la décision pour la politique menée par l'Assurance Maladie. L'accent est mis, ces dernières années, sur des outils plus adaptés à la diversité des professionnels de santé, à l'instar du nouveau référentiel de certification des logiciels d'aide à la prescription de médicaments, enrichis de données cliniques : la mention sur l'ordonnance elle-même de messages relatifs aux médicaments, à leurs conditions d'emploi, à leur suivi, voire des comparaisons de prix et d'efficacité, devient désormais possible³⁹⁴⁰.

Dispositifs CNAM /HAS et évaluations

Corpus informatisé de recommandations et de données validées⁴¹

En partenariat avec le Collège de médecine générale (CMG), la Cnam a examiné la possibilité de fournir aux professionnels de santé une aide documentaire scientifique de qualité, pertinente en médecine générale, indépendante et actualisée, notamment en situation de consultation : accès simple via un seul site à des recommandations de bonnes pratiques françaises et internationales. Ce site permettrait aussi de tester des solutions informatisées d'aide à la décision à partir de données structurées ou codées qui interagissent avec des dossiers de patients⁴². Ce type d'assistance peut s'avérer intéressant pour des questions de dépistage ou

³⁹ Rapport d'information sur la pertinence des soins, Sénat, 2017

⁴⁰ Voir à ce propos Seroussi and al, 2014

⁴¹ Cnam, Rapport Charges et produits 2019

⁴² Cnam, Rapport Charges et produits 2018

de iatrogénie. L'évaluation de la mise en place d'un tel dispositif a débuté en janvier 2017 et a inclus plus de 200 médecins volontaires. Cette phase test a consisté en l'évaluation de la pertinence des réponses fournies par un site internet existant (équivalent du futur site français déjà en usage en Belgique), sur la base de requêtes réalisées par les médecins dans cet outil ainsi que de leur satisfaction en termes de contenu et d'ergonomie. Les résultats se sont révélés satisfaisants, et le site français EBMfrance.net est désormais consultable. Il intègre désormais 1 000 guides de bonne pratique qui doivent être adaptés au contexte français et appréciés par la HAS. Par la suite, ce partenariat devrait aboutir à développer des solutions numériques d'aide à la décision. Cette aide pourra être déclenchée par la saisie d'un mot-clé dans le dossier du patient (mise à disposition de référentiel EBM67) ou intervenir après une analyse des données structurées des dossiers patients dans le cadre d'un système d'appel contextuel du logiciel du médecin vers le site. Ces aides à la décision peuvent être particulièrement utiles en matière de prévention : vaccination, dépistage ou encore pour des questions de iatrogénie, notamment pour des patients âgés souvent polymédiqués.

Test Angine et évaluation

C'est au début des années 2000 que les autorités sanitaires se sont penchées sur la faisabilité de la mise à disposition des tests de diagnostic rapides aux médecins⁴³. L'évaluation s'étant révélée positive, pour améliorer la pertinence des prescriptions d'antibiotiques en ville – les antibiotiques étant prescrits à tort pour des gripes et angines – l'Assurance Maladie a diffusé à partir de 2002 des tests de diagnostic rapide au cabinet médical, notamment pour la détection des angines. On a observé une corrélation entre l'implantation des tests en médecine de ville et la baisse de résistance à certains antibiotiques. C'est le cas de la résistance du streptocoque du groupe A aux macrolides ; lincosamides et streptogramines qui est passée de 35 % en 2004 à 5 % en 2010. Toutefois ces tests sont sous-utilisés car le circuit est compliqué, les médecins ne sont pas payés pour du temps supplémentaire, les patients ne sont pas au courant de toutes ces subtilités et réclament leurs antibiotiques. Seulement 30 % des médecins déclarent avoir utilisé ce test⁴⁴.

Rappel informatique et évaluation

En 2003, l'irdes a mené une étude ayant pour objectif d'évaluer l'impact d'un outil d'aide à la décision – un rappel informatique (RI) ou reminder – sur la pratique médicale et les résultats de soins dans le cadre de la prise en charge des patients diabétiques. Il s'agissait de rappeler au médecin, au moment de la rencontre avec le patient, les recommandations relatives à l'éducation diététique par le biais d'une alerte générée par son logiciel informatique. Les résultats ont montré que les médecins généralistes bénéficiant du rappel informatique en ont bien utilisé les fonctionnalités. Néanmoins, on ne constate pas, au cours de l'année qui suit l'intervention par rappel informatique, de diminution significative du poids des patients et de la prescription de médicaments. Une autre étude a été menée en 2016 dans le cadre du dépistage du cancer colorectal. Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité de l'envoi de rappels imprimés par des médecins généralistes sur le dépistage de ce type de cancer. Tous les quatre mois, les médecins généralistes du groupe d'intervention recevaient une liste imprimée par ordinateur des patients qui n'avaient pas effectué de dépistage programmé de la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS). Le principal critère d'évaluation était l'adhésion du patient au dépistage par RSOS ou son exclusion du dépistage du CCR pour des raisons médicales. Les résultats ont montré que les rappels imprimés par ordinateur envoyés aux omnipraticiens n'ont pas amélioré de manière significative l'adhésion des patients au dépistage organisé par le CRC. Les résultats mitigés de ces deux études sont à mettre en parallèle avec la récente revue Cochrane⁴⁵ sur le même sujet. Cette revue démontre que les rappels informatiques n'améliorent que légèrement la qualité des soins reçus par les patients. Toutefois, étant donné que le niveau des preuves est modéré, d'autres études de haute qualité sur l'efficacité des rappels sont nécessaires pour confirmer les résultats de cette revue.

Dispositifs à l'initiative d'autres acteurs

⁴³ .Urcam de Bourgogne (2001). Bilan de la campagne Test' Angine en Bourgogne. « Notes et Documents » (n° spécial)

⁴⁴ ⁴⁴ .Cash R., Kervasdoué J. (2018). La coûteuse inégalité de soins : soigner mieux, soigner moins cher. Paris : Economica

⁴⁵ Arditi, C., Rege-Walther, M., Durieux, P., et al. (2017). "Computer-generated reminders delivered on paper to healthcare professionals: effects on professional practice and healthcare outcomes." *Cochrane Database Syst Rev* 7: Cd001175.

« Médicaments en questions » : Programme pédagogique en ligne proposé par la revue Prescrire

Lancé en 2014, l'objectif de ce programme est d'aider les soignants à mieux prendre en compte dans leur pratique les effets indésirables des médicaments et à mieux y faire face, pour les réduire. Ce programme est basé sur une démarche réflexive : décrire, analyser, comparer sa pratique ; actualiser et approfondir ses connaissances ; échanger avec d'autres soignants. Ce programme fait l'objet d'une évaluation annuelle, basée sur un questionnaire adressé aux médecins participants⁴⁶. Les évaluations révèlent qu'à l'issue de la formation, les professionnels de santé prennent mieux en compte les effets indésirables, écartent plusieurs médicaments à balance bénéfiques-risques défavorable et font de nombreuses notifications au système public de pharmacovigilance

Bibliographie

- Ben Othman, S., Zgaya, H., Hammadi, S., et al. (2016). "Agents endowed with uncertainty management behaviors to solve a multiskill healthcare task scheduling." J Biomed Inform **64**: 25-43.
- Bouaud, J., Blaszkja-Jaulerry, B., Zelek, L., et al. (2014). "Health information technology: use it well, or don't! Findings from the use of a decision support system for breast cancer management." AMIA Annu Symp Proc **2014**: 315-324.
- Boussadi, A., Caruba, T., Karras, A., et al. (2013). "Validity of a clinical decision rule-based alert system for drug dose adjustment in patients with renal failure intended to improve pharmacists' analysis of medication orders in hospitals." Int J Med Inform **82**(10): 964-972.
- Boussadi, A., Caruba, T., Zapletal, E., et al. (2012). "A clinical data warehouse-based process for refining medication orders alerts." J Am Med Inform Assoc **19**(5): 782-785.
- Colombet, I., Sabatier, B., Gillaizeau, F., et al. (2009). "Long-term effects of a multifaceted intervention to encourage the choice of the oral route for proton pump inhibitors: an interrupted time-series analysis." Qual Saf Health Care **18**(3): 232-235.
- Coupet, M., Renvoize, D., Rousseau, C., et al. (2013). "[Validity of cardiovascular prescriptions to the guidelines in the elderly according to the STOPP and START method]." Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil **11**(3): 237-243.
- Couty, E. rapp. et Lesueur, T. rapp. (2011). Rapport de synthèse des Assises du médicament. Paris Ministère chargé de la santé: 49
- Desnoyer, A., Guignard, B., Lang, P.-O., et al. (2016). "Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées en gériatrie : quels outils utiliser pour les détecter ?" La Presse Médicale **45**(11): 957-970.
- Fauvelle, F., Kabirian, F., Domingues, A., et al. (2015). "Impact d'un livret thérapeutique sur la qualité des prescriptions médicamenteuses des résidents d'EHPAD." Thérapie **70**(6): 515-521.
- Gaillard, M., Mosnier-Thoumas, S., Berroneau, A., et al. (2017). "Médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez la personne âgée : état des lieux dans un service de cardiologie." Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien **52**(1): 3-9.
- Gilbert, R., Jeanmougin, P., Ben Hamouda, A., et al. (2014). "Outils d'aide à la décision clinique." La Revue du praticien. Médecine générale(927): 637-641.
- Grall, J. Y., Drahi, E., Le Noc, Y., et al. (2008). "Rappels informatiques et recommandation. L'étude URIAP en médecine." Médecine : De la Médecine Factuelle à nos Pratiques **4**(10): 473-476.

⁴⁶ Résultats détaillés des évaluations annuelles : <http://formations.prescrire.org/Fr/21/555/0/5209/About.aspx>

- Guillemot, D., Carbon, C., Balkau, B., et al. (1998). "Inappropriateness and variability of antibiotic prescription among French Office-Based physicians." Journal of Clinical Epidemiology **51**(1): 61-68
- Has (2015). Outils d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. St Denis HAS
- Has (2014). Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours. Saint-Denis :HAS
- HAS (2014). Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales, Saint-Denis : HAS
- Has (2010). Etude des systèmes d'aide à la décision médicale. Saint-Denis : HAS
- Has (2007). Référentiel de certification par essai des types de logiciels d'aide à la prescription en médecine ambulatoire Saint-Denis : HAS
- Kempf, E. et Kempf, A. (2016). "L'informatisation de l'aide à la décision. La décision médicale est-elle indemne ? Exemple d'un outil prédictif en cancérologie." Gestions Hospitalières(557): 369-376.
- Lang, P. O., Dramé, M., Guignard, B., et al. (2015). "Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française." NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie **15**(90): 323-336.
- Lang, P. O., Bourgue, C. et Csajka, C. (2018). "Détection des prescriptions inappropriées, les critères STOPP/START." Actualités Pharmaceutiques **57**(572): 26-32.
- Le Breton, J., Ferrat, E., Attali, C., et al. (2016). "Effect of reminders mailed to general practitioners on colorectal cancer screening adherence: a cluster-randomized trial." Eur J Cancer Prev **25**(5): 380-387.
- Marcilly, R., Vasseur, F., Ammenwerth, E., et al. (2014). "Methods uncovering usability issues in medication-related alerting functions: results from a systematic review." Stud Health Technol Inform **205**: 885-889.
- Martelli, N., Hansen, P., van den Brink, H., et al. (2016). "Combining multi-criteria decision analysis and mini-health technology assessment: A funding decision-support tool for medical devices in a university hospital setting." J Biomed Inform **59**: 201-208.
- Moreno, M. (2015). Développement des systèmes d'aide à la décision dans les cabinets de médecine générale en France Application avec l'AntibioVille 2015 de la formalisation d'une recommandation médicale et son intégration dans un logiciel métier Nancy : Faculté de médecine. Thèse de doctorat en médecine : Université de Lorraine.
- Mousques, J. (2004). "Évaluation de l'impact d'un rappel informatique sur la prise en charge de patients diabétiques de type 2." Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(89): 8.
- Mousques, J. et Sermet, C. (2003). Evaluation des rappels informatiques dans l'instauration et le suivi de l'éducation diététique de patients diabétiques de type 2, obèses ou en surpoids. Rapport d'étude. Rapport Irdes ; 1494bis. Paris IRDES: 119.
- Nies, J., Colombet, I., Zapletal, E., et al. (2010). "Effects of automated alerts on unnecessarily repeated serology tests in a cardiovascular surgery department: a time series analysis." BMC Health Serv Res **10**: 70.
- Petit-Moneger, A., Thiessard, F., Jouhet, V., et al. (2017). "Development and validation of hospital information system-generated indicators of the appropriateness of oral anticoagulant prescriptions in hospitalised adults: the PACHA study protocol." BMJ Open **7**(8): e016488.
- Piette, C., Durand, G., Bretagne, J. F., et al. (2017). "Additional mailing phase for FIT after a medical offer phase: Pôle de documentation de l'Irdes – Marie-Odile Safon, Véronique Suhard

The best way to improve compliance with colorectal cancer screening in France." Dig Liver Dis **49**(3): 308-311.

Prescrire (2018). "Médicaments en Questions : des résultats toujours aussi encourageants." Revue Prescrire **38**(417): 543-544.

Prescrire (2016). "Programme Prescrire Médicaments en questions : premiers résultats (Amélioration des pratiques)." Revue Prescrire **36**(393): 541-543.

Seroussi, B., Falcoff, H., Ertel-Pau, V., et al. (2014). "Online dissemination of clinical practice guidelines as narrative texts and structured pathways: a case study with the treatment of type 2 diabetes." Stud Health Technol Inform **205**: 28-32.

Seroussi, B., Giral, P., Julien, J., et al. (2012). "Importance de la qualité des données pour la qualité des soins." Journal D'économie Médicale **30**(1): 51-61.

Seroussi, B., Soulet, A., Spano, J. P., et al. (2013). "Which patients may benefit from the use of a decision support system to improve compliance of physician decisions with clinical practice guidelines: a case study with breast cancer involving data mining." Stud Health Technol Inform **192**: 534-538.

Séroussi, B. et Bouaud, J. (2014). "Systèmes informatiques d'aide à la décision en médecine : panorama des approches utilisant les données et les connaissances." Pratique Neurologique - FMC **5**(4): 303-316.

Urcam Bourgogne (2001). "Bilan de la campagne Test'Angine en Bourgogne." Notes Et Documents(n° spécial)

Les outils d'amélioration de la pertinence de soins orientés vers les patients

ACCOMPAGNEMENT DES MALADES : DES AVANCEES SIGNIFICATIVES MAIS A CONFIRMER

Programmes de retour à domicile

Contexte

La poursuite du virage ambulatoire a constitué un des enjeux majeurs du plan triennal 2015-2017, piloté conjointement par l'Assurance Maladie et les Agences régionales de santé (ARS). Les actions visaient une réorganisation de l'offre de soins des établissements de santé ainsi qu'une structuration renforcée et mieux coordonnée de l'offre de soins à l'hôpital et en ville. Elles comprenaient des mesures d'accompagnement des malades afin de diminuer les prises en charge non pertinentes (chirurgie ambulatoire) ou inutilement prolongées (programme d'accompagnement du retour à domicile – Prado, réhabilitation améliorée après chirurgie – RAAC), mais aussi le développement des prises en charge les plus adéquates (hospitalisation de jour, insuffisance rénale chronique, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Des parcours de soins comme Paerpa ont été également mis en place pour améliorer la prise en charge des personnes âgées.

Évaluations

Les différents programmes PRADO

Prado (programme d'accompagnement du retour à domicile) est un service d'accompagnement qui permet à des patients éligibles à une sortie d'hôpital d'être mis en relation avec des professionnels de santé de ville qui les prennent en charge au retour à domicile. Initié par la Cnam en 2010, le volet Maternité revendique plus de 1,5 millions d'adhérents depuis sa création. Avec 435 000 adhésions en 2017⁴⁷, Prado couvre désormais 57 %

⁴⁷ Prado. [Site Ameli](#)

des naissances en France, signe d'une large approbation tant par les établissements de santé que par les patientes. Ce succès a motivé la diversification thématique de Prado qui compte deux volets supplémentaires : les sorties d'hospitalisation après chirurgie orthopédique, étendu à l'ensemble des actes de chirurgie depuis juin 2016, et un volet pathologies chroniques ouvert à la généralisation en septembre 2016, qui est décliné en deux programmes concernant des épisodes aigus : décompensation cardiaque (insuffisance cardiaque) et exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive (BCPO). Courant 2018, Prado sera expérimenté dans 5 départements pour les suites d'une hospitalisation après un AVC et dans 13 départements pour accompagner les personnes de 75 ans et plus, quel que soit leur motif d'hospitalisation en articulation avec le programme Paerpa (Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie).

Les principaux enjeux de Prado, qui s'inscrivent dans les objectifs fixés par la stratégie nationale de santé, sont : de préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients ; d'accompagner la diminution des durées de séjour à l'hôpital ; de renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant et d'éviter les rehospitalisations ; d'améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin. Cet accompagnement des retours à domicile s'inscrit dans un environnement en pleine recomposition avec la mise en place progressive d'équipes de soins primaires (ESP), de plateformes territoriales d'appui (PTA) et de communautés territoriales de professionnels de santé (CTPAS). Selon les évaluations de la Cnam, le nombre de patients ayant bénéficié de Prado a enregistré une hausse de 17 % sur la période 2015-2017: de 430 000 à 505 000 bénéficiaires (Cnam, 2018). Entre 2013 et 2015, le taux de recours aux soins de suite et réadaptation (SSR) en France entière a diminué de 28 % à 26,8 % (1,2 point), alors que pour les établissements qui proposent le service Prado, ce taux de recours aux SSR a baissé plus significativement de 30 % à 27,8 % (2,2 points), par exemple dans le cas de pose de prothèses du genou ou de la hanche (Cnam, 2017). On observe aussi des baisses de durée de séjour (en jours) (Cnam, 2017) : de 3,99 à 3,92 entre 2013 et 2015 pour les accouchements physiologiques ; de 10 à 8,5 entre 2012 et 2015 pour la pose de prothèse de hanche ; de 9,1 à 7,7 entre 2012 et 2015 pour la pose de prothèse de genou.

Selon l'évaluation faite par l'Igas en 2017 (Mejane et al., 2017), Prado a su trouver un public pour le volet Maternité (390 000 en 2016/435 000 en 2017) et le volet Chirurgie (5 000 patient en 2016 / 16 000 patients en 2017), mais l'importance des écarts territoriaux quatre ans après son lancement souligne la persistance de nombreuses réticences locales qui n'ont pas su être surmontées. La faute en revient pour partie à une conception qui s'est largement appuyée sur une approche expérimentale au détriment d'évaluations rigoureuses. La logique d'extension de Prado est peu remise en cause par la Cnam y compris lorsque les résultats sont décevants, notamment sur les nouveaux programmes. Les chiffrages internes sont rares, peu documentés. Sept ans après son lancement, Prado n'a toujours pas fait l'objet d'une évaluation externe exhaustive. Faute de cette évaluation, il est difficile de mesurer son impact quantitatif et qualitatif. Sur le plan qualitatif, Prado a surtout contribué à réduire les délais entre la sortie de l'hôpital et l'intervention des professionnels de santé libéraux. Cette baisse concerne majoritairement les infirmières IDE et les masseurs-kinésithérapeutes (par exemple de 3,3 jours pour la prothèse de hanche contre 5,3 jours pour la population éligible), les consultations chez les médecins restant globalement aussi éloignés dans le temps. Des conclusions similaires sont présentées dans l'étude la Cnam de 2015 concernant le programme Prado pour insuffisance cardiaque (Rames et al., 2015). Très attendue sur la réduction des durées moyennes de séjour (DMS), la contribution de Prado s'avère en réalité marginale. Les durées moyennes de séjour des adhérents baissent dans des proportions globalement identiques aux populations de référence, ce qui semble indiquer qu'il n'y aurait pas d'effet spécifique du programme. Sur le volet Maternité, les réductions sont très peu significatives. La contribution de Prado chirurgie à son objectif de réorientation hors SSR est également modérée. Le taux de recours au SSR suit une tendance baissière sur les gestes concernés, toute population confondue, que l'adhésion à Prado n'améliore pas, si ce n'est légèrement pour la chirurgie du genou (-4,4 % contre -3,3 pour la population éligible). Dans l'attente d'une véritable évaluation externe, ces résultats indiquent que Prado n'a pas atteint ses objectifs de « gestion du risque », et qu'il est même très probable que les rendements dégagés ne couvrent pas les coûts, estimés par la mission Igas à plus de 35 millions d'euros pour les seuls ETP (équivalents temps plein) employés pour les programmes.

Prado Insuffisance cardiaque

La population des insuffisants cardiaques (environ 400 000 personnes du régime général en France dont 95 000 hospitalisés pour décompensation cardiaque en 2013) se caractérise en effet par des taux élevés de réhospitalisation et de mortalité à moyen terme. D'après les données SNIIRAM/PMSI 2013, parmi les 72 500

patients à domicile après un séjour hospitalier pour décompensation cardiaque, près de 60 % ont été réhospitalisés dans les six mois (avec en moyenne 2,1 réhospitalisations par patient réhospitalisé), dont plus de la moitié (62 %) pour insuffisance cardiaque. On observe également durant cette période 15,9 % de décès. L'analyse du processus de soins des patients insuffisants cardiaques réalisée par la Cnam en 2013 (Cnam, 2013), montre des marges d'améliorations possibles concernant la prise en charge médicamenteuse et hygiénodététique des patients. En se fondant sur les résultats des expérimentations internationales (Gonseth et al., 2004, McAlister et al., 2004, Phillips et al., 2004, Holland et al., 2005), l'Assurance Maladie propose une offre de suivi à domicile sur une période de six mois suivant l'hospitalisation, période à plus fort risque pour ces patients, afin de diminuer les taux de réhospitalisation (-30 %) et de mortalité (-20 %). Les patients Prado ont en moyenne le même âge (77 ans), la même répartition par sexe (50 %-50 %) et par niveaux de groupes homogènes de malades (30 % de niveau 1, 45 % de niveau 2 et 25 % de niveau 3) que les patients des populations témoins. On a pu mesurer sur les 120 patients, une amélioration du recours aux soins selon les recommandations de la HAS, par rapport aux patients des populations témoins. En effet, une semaine après leur sortie de MCO, 85 % des patients ont eu au moins une visite d'infirmière et 73 % ont consulté leur médecin traitant, contre respectivement 54 % et 56 % en 2012. Quant au cardiologue, 59 % des patients Prado ont eu une consultation dans les trois mois, à comparer aux 31 % de patients en 2012. La fréquence des actes et consultations est également plus élevée pour les patients Prado (+5,3 actes d'infirmiers, +0,8 consultation de médecin généraliste et +0,6 consultation de cardiologue dans les deux mois après la sortie d'hôpital). Enfin, pour les patients avec soins à trois mois, le délai du premier contact est significativement réduit pour l'infirmière (5,2 jours versus 11 jours en 2012) et le médecin généraliste (7,4 jours vs 11 jours en 2012). Pour la consultation de cardiologue, le délai est de 32 jours vs 35 jours en 2012. Par ailleurs, on note également une amélioration de la prise en charge médicamenteuse chez les patients Prado. Par manque d'effectifs de patients (en raison du lancement de l'expérimentation), l'évaluation des résultats attendus du programme – taux de réhospitalisation et de décès – n'a pu être réalisée : elle devrait être faite ultérieurement sur les patients ayant adhéré au programme en 2014 sur la base du protocole d'évaluation élaboré en collaboration avec la Société française de cardiologie (SFC). Néanmoins, une étude de l'Irdes démontre qu'un meilleur suivi en soins primaires des patients de plus de 65 ans souffrant d'insuffisance cardiaque pouvait entraîner une baisse de 50 % des réhospitalisations, s'ils consultaient rapidement leur médecin généraliste après sortie de l'hôpital (Bricard et Or, 2018).

Récupération améliorée après chirurgie (RAAC)

La récupération améliorée après chirurgie (RAAC), initialement développée dans les années 1990 par l'équipe danoise du Pr. Henrik Kehlet (Kehlet, 2006, Kehlet et Wilmore, 2008), est une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. Si cette pratique s'est beaucoup développée dans des pays comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Suède et les États-Unis, sa diffusion reste encore limitée en France, alors qu'elle représente un levier important du virage ambulatoire. Cependant, face à l'émergence croissante de données de la littérature sur la récupération améliorée après chirurgie, des expériences pilotes ont été développées, au sein d'établissements français, dans de nombreuses spécialités médicales : (Gignoux et al., 2015), (Carrier et al., 2016) (Barbieux et al., 2017) pour les colectomies, (Slim et al., 2016), (Verrier et al., 2016), (Veziat et al., 2017) pour des programmes plus globaux, (Cattin et al., 2017) (Rousseau et al., 2017), pour des retours post-césariennes. De plus, suite à l'intérêt croissant des différents acteurs de santé, la HAS a décidé d'élaborer un rapport d'orientation sur cette thématique afin d'aider les professionnels dans la mise en place de programmes de récupération améliorée et leur évaluation (HAS, 2016).

La Cnam a réalisé en 2016 une étude médico-économique pour comparer la RAAC à une prise en charge conventionnelle, dont les résultats sont présentés dans « Charges et produits 2017 » (Cnam, 2016). L'étude a consisté à étudier la durée de séjour et les dépenses liées à l'épisode de soins en vie réelle chez des patients pris en charge dans des établissements pratiquant la RAAC et chez l'ensemble des patients pris en charge dans les mêmes cinq spécialités : côlon, chirurgie bariatrique, orthopédie (hanche et genou), gynécologie et urologie, sur la période 2012-2014. Les résultats de cette analyse ont montré que les établissements pratiquant la RAAC ont vu leur durée moyenne de séjour baisser de 0,9 jour de plus que l'ensemble des établissements sur la moyenne des cinq spécialités. Cette tendance s'est retrouvée pour chacune des spécialités étudiées, à l'exception de l'urologie, pour laquelle la différence en 2014 est supérieure de 0,1 jour à celle de 2012. En moyenne, l'écart de DMS lié à la RAAC permet une économie de 580 euros par séjour et - en posant

l'hypothèse que 40 % des séjours réalisés en France en 2014 pour les spécialités concernées se fassent en RAAC – une réduction de 100 millions d'euros de coût des séjours sur une année. L'impact sur le taux de recours au SSR est variable selon les spécialités (en baisse pour l'orthopédie du genou, mais en hausse pour l'orthopédie de la hanche) et ne permet pas de conclure. Le développement de la RAAC ne s'est pas accompagné d'une augmentation des dépenses préopératoires. Mais les effets de la RAAC sur les dépenses postopératoires varient selon les spécialités concernées et les patients pris en charge dans les établissements pratiquant la RAAC ont des dépenses pharmaceutiques supérieures à l'ensemble des patients. Les coûts de prise en charge en ville qui y sont associés demeurent par ailleurs identiques, que le patient ait bénéficié ou non de la RAAC. Cette pratique reste néanmoins aujourd'hui une pratique minoritaire en France, car elle requiert la mise en place de nouvelles modalités de préparation et de suivi du patient, mal prises en compte ou ignorées dans les tarifications existantes. Enfin, alors que la RAAC implique potentiellement une large chaîne d'acteurs en ville et à l'hôpital, les modalités de financement actuelles, fragmentées entre les différents intervenants et basées sur le volume de soins produit, ne favorisent pas la coopération entre ces acteurs. Ces constats ont poussé l'Assurance Maladie à proposer l'introduction d'un système de financement forfaitaire couvrant l'ensemble de l'épisode de soins chirurgicaux, qui consisterait à payer l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de cet épisode sur le modèle suédois « Orthochoice » pour l'orthopédie de la hanche (Porter et al., 2015).

Une analyse de la littérature empirique montre des résultats intéressants sur la satisfaction des malades, notamment l'expérience menée à l'hôpital Foch pour des retours précoces post-césarienne (Rousseau et al., 2017). Mêmes bénéfices concluants du côté des professionnels de santé : une étude récente réalisée à l'hôpital Robert-Debré en pédiatrie a souligné qu'un des apports majeurs de la RAAC consistait en une meilleure complémentarité et communication entre les différents corps de métier (Dahmani, 2018). Mais si les bénéfices de la RAAC ne sont plus à prouver (meilleure récupération du malade, diminution de la durée de séjour, baisse des hospitalisations), la mise en place des protocoles de soins en tant qu'innovation stratégique a des enjeux économiques qui ont été peu évalués à grande échelle, alors qu'ils peuvent influencer l'avenir de cette approche. Une étude de simulation médico-économique (Faujour et al., 2015) a été conduite au sein de cinq services de chirurgie digestive, orthopédique et urologique afin de les accompagner dans l'installation d'un protocole de réhabilitation améliorée. Étaient pris en compte la chirurgie colorectale, pancréatique, hépatique, la chirurgie de la hanche, du genou ou de la coiffe des rotateurs, et celle de la vessie. Étaient aussi retenus les coûts d'implémentation du projet, de l'hospitalisation (périodes pré-, per- et postopératoires), et de soutien du niveau d'exigence sur la durée. Les résultats obtenus montraient que les coûts, fixes et variables variaient en fonction de la spécialité chirurgicale considérée. La méthode de calcul a abouti à retenir une valeur standard du forfait gain à la journée de 180 €. Le solde résiduel était de 202 000 € par année au terme du déploiement effectif du protocole qui demande de 2 à 3 ans. L'étude concluait, qu'au-delà des avantages « médicaux » attendus (amélioration du confort postopératoire pour les patients, réduction de la morbidité globale), l'implémentation de protocoles de réhabilitation améliorée pour des chirurgies à gros volume peut être envisagée pour la structure de soins, comme des pratiques à « subventionner » pour leurs retours sur investissement.

Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont des pathologies fréquentes et invalidantes. En 2008, sur la base de l'enquête Handicap santé,⁴⁸ la proportion de la population ayant eu un AVC était estimée à 1,6 % tous âges confondus. Plus de la moitié (55 %) des personnes ayant déclaré un AVC rapportaient une limitations sévère de leur activité. L'AVC est une cause de 6 % des décès en France soit 32 200 en 2012, avec une diminution de 3,1 % en 2013 (Lecoffre et al., 2017). Il existe plusieurs types d'AVC. Les AVC ischémiques ou infarctus cérébraux totalisent la moitié (52 %) des hospitalisations. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) représentent 23 % des séjours. Les dépenses de l'assurance maladie liées à l'AVC sont estimées à 3,5 milliards d'euros en 2013, dont 1,4 milliard attribuables à la phase aiguë, c'est-à-dire à la prise en charge des personnes hospitalisées en cours d'année (Cnam, 2015). Un plan national d'actions sur l'AVC a été élaboré par le ministère chargé de la santé pour 2010-2014.⁴⁹ Dans le cadre de ce plan, la Cnam a constitué des cohortes de patients hospitalisés pour un premier AIT en 2010 ou un premier AVC en 2012 afin d'analyser le parcours de soins des patients au moment et après la phase aiguë. Des travaux sont également en cours sur une cohorte de patients ayant eu un AVC en 2012 afin d'analyser leur parcours de soins après la phase aiguë. Des recommandations ont été réalisées par la HAS⁵⁰ (HAS, 2009) (HAS, 2018) et les sociétés savantes⁵¹.

Parmi les axes du plan AVC figuraient l'amélioration de la prévention et de l'information de la population avant, pendant et après l'AVC ainsi que la mise en place de filières territoriales de prise en charge coordonnées : accueil des urgences, unités neuro-vasculaires (UNV), soins de suite et de réadaptation (SSR), maillage et réseaux pour retour à domicile. Plusieurs études concluent en effet à une certaine amélioration de la prise en charge des patients souffrant d'AVC. Celle réalisée à partir de l'exploitation des données du PMSI 2009 (Schnitzler et al., 2014) (Schnitzler et al., 2014) montrait que les patients suivis en soins de suite spécialisés avaient une meilleure récupération que ceux suivis dans les soins de suite et de réadaptation non spécialisés. Une étude ultérieure (Lecoffre et al., 2017), analysant les évolutions des taux de patients hospitalisés et de la prise en charge en unités neuro-vasculaires (UNV) depuis 2008 à partir du PMSI-MCO, 2008-2014, soulignait une augmentation encourageante de la proportion de patients hospitalisés en UNV ainsi que la baisse de la létalité hospitalière. Mais elle établissait aussi trois constats : la stabilité du taux global de patients hospitalisés pour AVC dans un contexte de vieillissement de la population, l'augmentation des taux d'adultes jeunes hospitalisés pour AVC ischémique et l'existence de fortes disparités régionales des taux de patients hospitalisés pour AVC. Une évaluation régionale menée au réseau TC-AVC dans le Nord-Pas-de-Calais (Kozlowski et al., 2015) soulignait que, pour la prise en charge des troubles spécifiques des PSH (personnes en situation de handicap) /AVC, la préparation de sortie et le suivi étaient insuffisants et inégaux en fonction de l'inadéquation des moyens humains et financiers. L'étude de Santé publique France (Lecoffre et al., 2017) avait pour but d'étudier l'évolution du taux d'admission en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) parmi les patients victimes d'AVC sur la période 2010-2014, de décrire les facteurs associés à l'admission en SSR et les caractéristiques des patients pris en charge. Si le taux global d'admission en SSR n'a que peu évolué entre 2010 et 2014, il semblerait que les patients soient davantage adressés dans des SSR spécialisés. Au vu de l'amélioration du statut fonctionnel pour la majorité des patients admis en SSR, en particulier ceux admis en SSR neuro-locomoteur, ce dernier constituait une étape majeure du parcours de soin des AVC, dont le développement sur l'ensemble du territoire est à poursuivre. Enfin, une étude récente de l'Irdes (Com-Ruelle et al., 2018), basée sur l'appariement des données du PMSI et celles de l'Assurance Maladie entre 2010 et 2014, a permis d'observer plus finement qu'auparavant, les caractéristiques des adultes victimes d'un AVC et leur prise en charge. En 2012, sur les 134 000 patients de 18 ans ou plus hospitalisés pour primo-AVC, 99 000 ont fait un AVC constitué, avéré, soit le champ de cette étude. Les patients entrent en majorité à l'hôpital par les urgences, hommes et femmes sont également concernés si ce n'est que les premiers sont touchés plus précocement. La moitié des victimes d'AVC souffre par ailleurs d'une ou plusieurs maladies chroniques. Malgré leur développement entre 2010 et 2014, l'imagerie diagnostique paraît insuffisante et seul un patient sur trois est pris en charge en UNV. Un sur sept décède au cours de ce premier épisode aigu. Un tiers des survivants est admis ensuite en Service de soins de suite et de réadaptation (SSR), reconnu pour limiter les séquelles. Enfin,

⁴⁸ Enquête « Handicap santé » auprès des ménages et des personnes vivant en institution, âgées de 18 ans et plus, menée par l'Insee et la Drees. [Site de la Drees](#)

⁴⁹ Plan AVC 2010-2014. Site du ministère chargé de la santé

⁵⁰ Parcours de soins AVC – Recommandations et guides. [Site de la HAS](#)

⁵¹ Resurca (2016). [Recommandations de prise en charge aux urgences de l'AVC de l'adulte](#).

les variations territoriales d'incidence et celles concernant ces différents modes de prise en charge demeurent importantes.

Insuffisance rénale chronique (IRC-IRCT)

L'insuffisance rénale chronique (IRC) s'accroît depuis de nombreuses années en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des facteurs de risque (diabète, hypertension...). Mal prise en charge selon l'évaluation de la Cour des comptes en 2015 (Cour des Comptes, 2015), cette maladie peut évoluer rapidement vers l'insuffisance rénale terminale (IRCT) avec une détérioration totale de la fonction rénale. Les patients atteints d'IRCT sont soit traités par dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale), soit bénéficient d'une greffe de rein (Tuppin et al., 2017). En 2015, 82 295 patients ont un traitement de suppléance : 45 862 en dialyse et 36,433 porteurs d'un greffon (REIN, 2017). L'Assurance Maladie évalue le total des remboursements pour l'ensemble des personnes atteintes d'IRCT à 4 milliards d'euros⁵² (3,8 milliards en 2013) (Cnam, 2015). Une évaluation médico-économique des stratégies de prises en charge de l'IRCT, réalisée par la Haute Autorité de santé, concluait que les stratégies fondées sur le développement de la transplantation étaient toujours plus efficaces et moins coûteuses, mais que la dialyse péritonéale non assistée pour les patients acceptant un traitement à domicile permettrait une économie de 50 à 100 euros par mois par patient à la différence de la stratégie fondée sur les données observées à partir du registre REIN (HAS et Agence de la biomédecine, 2014). En 2015, l'Assurance Maladie formulait donc un ensemble de propositions, dont l'objectif était d'améliorer le repérage et la prise en charge des patients atteints d'IRC pour retarder le passage au stade de l'insuffisance terminale (IRCT) (Cnam, 2014) – une étude ayant prouvé que les patients atteints d'IRC étaient souvent repérés ou traités trop tardivement (Daugas et al., 2012). Afin d'améliorer l'efficacité ainsi que le confort qu'offrent les prises en charge de proximité aux patients, il s'agissait d'augmenter la part des modalités alternatives à la dialyse en centre, et notamment l'autodialyse. Pour cela, il importait d'informer les patients sur les différents choix ainsi que de former les professionnels de santé à ces techniques. Des expérimentations ont été mises en œuvre dans six régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire, Océan Indien) à compter de septembre 2017 destinées à améliorer le parcours de soins des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (IRC)⁵³. Des évaluations de ces expérimentations sont prévues. En complément, la Cnam a constitué une cohorte rétrospective permettant de retracer le parcours de soins des patients un à deux ans avant l'initiation d'un traitement de suppléance afin de repérer des carences possibles dans ce parcours de soins et de veiller à la bonne application des recommandations. Des campagnes de sensibilisation ont été menées auprès des médecins sur l'importance du dépistage de la maladie rénale chronique à des stades précoces chez des patients à risque. L'éducation thérapeutique existe dans les structures de dialyse et les hôpitaux mais pour une population restreinte et trop souvent à un stade avancé.

PAERPA – Parcours santé des aînés

L'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)⁵⁴, lancée en 2014 dans neuf territoires pilotes, vise à améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants, en faisant progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social. Une première évaluation d'impact avant la généralisation du dispositif, s'appuyant sur les données 2015-2016, a été réalisée par l'Irdes (Bricard et al., 2018, Or et al., 2018). Elle permet d'estimer les résultats des projets territoriaux au moyen de critères communs, et en tenant compte de leurs spécificités territoriales, tant en termes d'organisation que de parcours de soins. Pour estimer l'effet causal de Paerpa, sept indicateurs ont été identifiés en considérant les objectifs des expérimentations et la littérature internationale. Trois d'entre eux portent sur le recours à l'hôpital (nombre de journées d'hospitalisation par personne âgée, taux de réhospitalisations à 30 jours, hospitalisations non programmées), et quatre sont des indicateurs plutôt sensibles à l'organisation des soins primaires mais qui peuvent avoir des conséquences sur les recours à l'hôpital (hospitalisations potentiellement évitables, passages aux urgences, polymédication, prescriptions inappropriées). Ces premières analyses, portant sur l'ensemble des territoires, ne permettent pas d'établir globalement un effet moyen significatif propre à Paerpa en 2015 et 2016. Compte tenu de la mise en place

⁵² Cartographie des pathologies et des dépenses. [Site d'Ameli](#)

⁵³ Article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale n° 2013-1203 du 23 décembre 2013

⁵⁴ PAERPA. [Site du ministère chargé de la santé](#)

hétérogène des dispositifs dans chaque territoire et des délais de montée en charge des outils, ce résultat n'est pas surprenant : dans la majorité des territoires, la plupart des actions n'ont été effectives qu'à partir de 2016, avec une montée en charge qui s'étend jusqu'en 2017. Les analyses par territoire permettent néanmoins de déceler des effets significatifs dans quelques territoires, et pour les indicateurs de résultats les plus sensibles à la mobilisation des acteurs de soins primaires. On observe notamment une baisse significative dès 2015 de la polymédication dans les territoires Paerpa d'Aquitaine et du Nord - Pas-de-Calais. Dans deux territoires, Midi-Pyrénées et Bourgogne, on note un impact significatif de Paerpa, mais seulement à partir de 2016, en termes de réduction des hospitalisations non programmées. En Bourgogne, on relève également un effet Paerpa sur les hospitalisations évitables. En revanche, il n'y a pas d'effet visible de Paerpa sur deux indicateurs de recours à l'hôpital, quel que soit le territoire considéré. Ce manque d'impact visible sur les hospitalisations interroge sur l'efficacité des outils mis en place. Il serait légitime d'examiner d'autres leviers d'action pour améliorer les pratiques hospitalières et pour faire progresser la coordination ville-hôpital. Ces premiers résultats invitent cependant à ne pas tirer de conclusion hâtive : ils devront être confirmés à partir des données 2017 disponibles pour une publication des résultats fin 2018.

Bibliographie

- Barbieux, J., Hamy, A., Talbot, M. F., et al. (2017). "La réhabilitation améliorée diminue-t-elle le délai de reprise de transit après chirurgie colorectale ?" Journal de Chirurgie Viscérale **154**(2): 86-93.
- Bricard, D. et Or, Z. (2018). Does an Early Primary Care Follow-up after Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients? Document de travail Irdes ; 73. Paris Irdes: 24.
- Bricard, D., Or, Z. et Penneau, A. (2018). "Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(235): 1-8.
- Carrier, G., Cotte, E., Beyer-Berjot, L., et al. (2016). "Surveillance par SMS à domicile des patients dans le cadre d'un programme de réhabilitation améliorée après chirurgie colorectale." Journal de Chirurgie Viscérale **153**(4): 276-280.
- Cattin, A., De Baene, A., Achon, E., et al. (2017). "Évaluation de la mise en place d'un protocole de réhabilitation précoce postcésarienne." Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie **45**(4): 202-209.
- Cnam (2013). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie. Paris : Cnam : 186.
- Cnam (2014). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2015. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie. Paris Cnam : 186.
- Cnam (2015). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016. Paris Cnamts: 190.
- Cnam (2016). Rapport sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2017 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2017. Paris Cnam: 178.
- Cnam (2017). Rapport sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2018 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. Paris Cnam: 229.
- Cnam (2018). 505 000 patients ont bénéficié du service de retour à domicile des patients hospitalisés Prado en 2017, contre 430 000 en 2016, Paris : Cnam
- Com-Ruelle, L., Nestrigue, C., collab, L. G. N., et al. (2018). "Parcours de soins des personnes hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral. Premiers résultats." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(234): 1-8.
- Pôle de documentation de l'Irdes – Marie-Odile Safon, Véronique Suhard

Cour des Comptes (2015). L'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficaces. In : Sécurité sociale : Rapport 2015 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes: 673.

Dahmani, S. et Jouve, M. (2018). "Pédiatrie : récupération rapide après chirurgie (RAAC) : l'expérience de l'hôpital Robert-debré." Gestions Hospitalières(577): 358-361.

Daugas, E., Dussol, B., Henri, P., et al. (2012). "[Prepare: cross-sectional study on management of chronic kidney disease by nephrologists before dialysis in France]." Nephrol Ther **8**(6): 439-450.

Faujour, V., Slim, K. et Corond, P. (2015). "L'avenir en France de la réhabilitation améliorée après chirurgie, vu sous l'angle médico-économique." La Presse Médicale **44**(1): e23-e31.

Gignoux, B., Pasquer, A., Vulliez, A., et al. (2015). "Colectomie en ambulatoire dans le cadre de la réhabilitation améliorée." Journal de Chirurgie Viscérale **152**(1): 11-15.

Gonseth, J., Guallar-Castillon, P., Banegas, J. R., et al. (2004). "The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports." Eur Heart J **25**(18): 1570-1595.

HAS (2009). Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). Recommandations de bonne pratique, Paris : HAS: 175p.

HAS (2016). Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), Saint-Denis : HAS: 73p.

HAS (2018). Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire : recommandation de bonne pratique. Actualisation des recommandations de 2014, Saint-Denis : HAS: 20.

HAS et Agence de la biomédecine (2014). Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France, Saint-Denis : HAS: 324p.

Holland, R., Battersby, J., Harvey, I., et al. (2005). "Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure." Heart **91**(7): 899-906.

Kehlet, H. (2006). "Future perspectives and research initiatives in fast-track surgery." Langenbecks Arch Surg **391**(5): 495-498.

Kehlet, H. et Wilmore, D. W. (2008). "Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery." Ann Surg **248**(2): 189-198.

Kozłowski, O., Lesiuk, L., Allart, E., et al. (2015). "Préparation de la sortie à domicile et suivi post-hospitalier des personnes handicapées après un AVC en région nord de la France." Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation **35**(1): 15-27.

Lecoffre, C., Olie, V., Bejot, Y., et al. (2017). "L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(5): 84-94.

Lecoffre, C., Olie, V., Bejot, Y., et al. (2017). "Mortalité par accident vasculaire cérébral en France en 2013 et évolutions 2008-2013." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(5): 95-100.

McAlister, F. A., Stewart, S., Ferrua, S., et al. (2004). "Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials." J Am Coll Cardiol **44**(4): 810-819.

Mejane, J., Rey, J. L. et Viossat, L. C. (2017). Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnam – Gestion du risque. 2 volumes. Rapport Igas. Paris : Igas, 2vol. (114 139).

Or, Z., Bricard, D., Le Guen, N., et al. (2018). Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats et Annexes. Rapport Irdes ; 567. Paris Irdes: 62.

Phillips, C. O., Wright, S. M., Kern, D. E., et al. (2004). "Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis." Jama **291**(11): 1358-1367.

Porter, M. Z. et al., e. (2015). OrthoChoice: Bundled Payments in the County of Stockholm (A). Harvard : Harvard Business School.

Rames, O., Sebo, S. et Jan, T. (2015). "Le programme d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation : son application à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque." Risque et Qualité en milieu de soins **12**(3): 27-32.

Rein (2017). Registre français de traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique : rapport du Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN) 2016, Paris : Agence Française de Biomédecine

Rousseau, A., Sadoun, M., Aimé, I., et al. (2017). "Étude comparative sur la réhabilitation améliorée postcésarienne : quels bénéfices, quels risques ?" La Revue Sage-Femme **16**(5): 331-337.

Schnitzler, A., Woimant, F., Nicolau, J., et al. (2014). "Effect of rehabilitation setting on dependence following stroke: an analysis of the French inpatient database." Neurorehabil Neural Repair **28**(1): 36-44.

Schnitzler, A., Woimant, F., Nicolau, J., et al. (2014). "Impact de la rééducation spécialisée après AVC : les résultats de l'exploitation des données PMSI en 2009." Rev Neurol (Paris) **170**(S1): A215-A216.

Slim, K., Delaunay, L., Joris, J., et al. (2016). "Comment implémenter un programme de réhabilitation améliorée après chirurgie ? Propositions du Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (GRACE)." Journal de Chirurgie Viscérale **153**(6, Supplement): S45-S49.

Tuppin, P., Cuerq, A., Torre, S., et al. (2017). "[Management of patients with end-stage renal disease prior to initiation of renal replacement therapy in 2013 in France]." Nephrol Ther **13**(2): 76-86.

Verrier, J. F., Paget, C., Perlier, F., et al. (2016). "Comment débiter un programme de récupération rapide après chirurgie ? L'expérience du groupe CAPIO." Journal de Chirurgie Viscérale **153**(6, Supplement): S34-S40.

Veziat, J., Raspado, O., Entremont, A., et al. (2017). "Implémentation à grande échelle des programmes de réhabilitation améliorée en chirurgie. Une expérience francophone." Journal de Chirurgie Viscérale **154**(3): 165-174.

Éducation thérapeutique

Contexte

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'observance thérapeutique (ou adhésion d'un patient à son traitement) se définit comme la « concordance entre le comportement d'une personne – prise de médicaments, suivi d'un régime et/ou modifications du comportement – et les recommandations d'un soignant ». Dans le langage courant, l'observance désigne généralement le respect de la posologie prescrite par le médecin, à savoir la dose et les modalités de la prise médicamenteuse. Favoriser une meilleure observance est donc un levier important d'amélioration de la prise en charge des patients, car la non-observance, qui induit des traitements prescrits, achetés, remboursés, non réellement suivis ou non suivis comme il le faudrait, génèrent, des manques d'efficacité qui selon certaines études se traduisent en milliers de morts évitables et se chiffrent aux alentours de 2 milliards de dépenses injustifiées (Mispelblom-Beyer, 2018) (Fondation Concorde, 2014). Toutefois, cet objectif se heurte à la difficulté de repérer les patients ne suivant pas, ou insuffisamment, leur traitement et à en mesurer les conséquences sanitaires et financières. Une dizaine de mesures de l'observance a été répertoriée dans la littérature (Hess et al., 2006). Parmi ces mesures, la plus fréquemment

utilisée est le « Medication Possession Ratio (MPR) », qui rapporte le nombre de doses délivrées ou consommées au nombre de doses prescrites sur une période donnée. Dans la littérature scientifique, le seuil de 80 % est communément repris. Un patient dont le MPR est supérieur à ce seuil était considéré comme bon observant (Kronish et Ye, 2013). Il serait pourtant nécessaire d'adapter ce seuil de bonne observance à chaque pathologie, car les taux d'observance diffèrent considérablement pour une même pathologie. La Cnam a réalisé plusieurs études pharmaco-épidémiologiques sur la base d'une méthodologie robuste ayant donné lieu à publication et intégrant des mesures d'adhésion et de persistance spécifiques aux pathologies considérées. La mise en place du Système national des données de santé (SNDS), à partir d'avril 2017, permet désormais d'envisager des études couvrant une période plus longue (historique de dix ans), élément clé pour la rigueur des études relatives à l'observance dans le cas de pathologies chroniques. Dans ce nouveau cadre, la Cnam a d'ores et déjà prévu d'engager des études sur les sujets suivants : diabète de type 2 ; traitements après AVC et infarctus du myocarde ; HIV – trithérapie ; anti-TNF alpha dans maladie de Crohn et psoriasis ; anticancéreux en ville (sein, prostate...) ; tuberculose (trithérapie). Ces nouvelles études contribueront à renforcer les connaissances et la compréhension de la mauvaise observance chez les patients atteints de ces différentes affections (Cnam, 2017).

Les programmes Sophia

Le dispositif⁵⁵

L'Assurance Maladie s'est engagée depuis 2009 à développer une offre de services d'accompagnement à destination des assurés sociaux, concourant notamment à favoriser une meilleure observance. Le service d'accompagnement Sophia, inspiré des programmes anglo-saxons de « disease management », est un programme personnalisé en direction des patients atteints de pathologies chroniques dans le cadre d'un parcours de soins coordonné autour d'un médecin traitant. Sa mission est d'aider les personnes concernées à mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire les risques de complications. En relais des recommandations du médecin traitant, Sophia propose des informations (documents pédagogiques, e-mail, site internet dédié ameli-sofia.fr, application mobile) et un soutien personnalisé (coaching téléphonique ou en ligne par des infirmières conseillères en santé) adaptés à la situation et aux besoins de chacun. Avant son lancement, ce programme a donné lieu à une revue de la littérature (Detournay et al., 2008). Le programme s'intéresse actuellement à trois pathologies chroniques : diabète, asthme, insuffisance cardiaque chronique. Au 31 décembre 2016, Sophia diabète comptait 720 000 adhérents sur 2 205 000 éligibles (827 000 adhésions cumulées depuis l'ouverture du service), 46 % des nouveaux adhérents de 2016 étaient en situation d'écart de soins, pour un objectif national fixé à 40 % (Mejane et al., 2017). S'agissant de l'asthme, on comptabilisait à la même période 24 000 adhérents sur 155 000 éligibles dans les 18 départements (19 caisses) concernés par l'expérimentation. Appuyée sur deux études portant le bilan positif de l'expérimentation⁵⁶, la généralisation de l'offre est intervenue, dans une 1^e vague, en mai et est prévue de s'achever en janvier 2018 dans les CPAM et en septembre dans les DOM et les régimes partenaires. Enfin, toujours 300 patients étaient concernés par l'expérimentation globale Prado/Sophia aux insuffisants cardiaques, en octobre 2015 dans sept départements auprès d'un ou deux établissements de santé. Un bilan est attendu prochainement afin de statuer sur une éventuelle extension en 2018 en fonction des résultats et des moyens obtenus.

Les évaluations

Sophia diabète

Depuis son lancement en 2008, le service « Sophia diabète » a fait l'objet de trois évaluations médico-économiques ; ces évaluations avaient comme but d'estimer l'impact du service sur la réalisation des examens de surveillance recommandés dans le suivi du diabète et d'observer son impact sur les dépenses de soins des patients diabétiques. La première évaluation, réalisée par le bureau d'études Cemka-Eval, portait sur la

⁵⁵ www.irdes.fr Ameli Sofia

⁵⁶ Étude de satisfaction réalisée auprès des adhérents à Sofia asthme à l'été 2016 sur la base de 1430 questionnaires exploitables sur les 10 000 envoyés par voie postale.

première année d'expérimentation du service (2009). Cette évaluation dont les résultats ont été rendus en novembre 2010 mais non officiellement publiés, a donné lieu à une critique polémique sur sa méthode et ses résultats (Cemka-Eval, 2010). La seconde évaluation, s'appuyant sur la méthodologie employée lors de la première étude, a été réalisée directement par l'Assurance Maladie après trois années d'expérimentation du service (2009-2011) (Cnam, 2012). Un document complet a fait la synthèse des résultats de ces évaluations à 1 an et à 3 ans, mais c'était une auto-évaluation (Aguadé et al., 2013). Enfin, une troisième étude médico-économique parue en 2015 a été réalisée par un consultant économiste et statisticien Pierre-Emmanuel Couralet (Couralet, 2015). Elle porte sur les années 2011 et 2012 pour les patients éligibles lors de la troisième vague de l'expérimentation, entre fin 2010 dans le programme, - l'année 2013 pour les patients éligibles lors de la généralisation fin 2012-début 2013. Concernant la réalisation des examens de surveillance recommandés (ESR), l'impact était positif avec néanmoins l'existence d'un effet nouveauté lié au programme : l'impact positif décroît après la première année de mise en œuvre du programme. Mais l'impact sur les dépenses de soins des patients diabétiques a été apprécié entre légèrement positif et rarement significatif. Sophia diabète a donc un apport indéniable pour le patient, mais son ROI (return on investment) reste difficile à chiffrer. Une 4^e évaluation médico-économique a été confiée à la société Heva. Cette évaluation couvrira pour la première fois une cohorte de patients sur une longue période (8 années du lancement de l'expérimentation : 2008-2016). Les premiers résultats sont attendus courant 2018 (Mejane et al., 2017).

Selon les évaluations annuelles menées par la Cnam, le service Sophia diabète, dans une acception large de l'observance, montre des résultats encourageants avec un impact positif du service via l'accompagnement écrit et téléphonique réalisé auprès de ses adhérents. Ces résultats portent principalement sur la réalisation d'un examen du fond de l'œil et d'un bilan rénal, qui sont des examens essentiels pour prévenir les complications du diabète. Le recours au bilan ophtalmologique des adhérents Sophia augmente sensiblement : + 2,5 points sur la période 2015 à 2016 (64,5 % des 630 000 adhérents diabétiques ont recouru à un ophtalmologiste). Ainsi, ce sont plus de 15 000 adhérents supplémentaires qui ont bénéficié d'un fond d'œil par rapport à la même période de 2014 à 2015. L'écart de taux de réalisation de l'examen du fond d'œil s'accroît entre les adhérents à Sophia et les non-adhérents : ces derniers progressent de + 1,5 point et atteignent un taux de 53,9 % de 2015 à 2016. Cette progression est particulièrement notable pour les nouveaux adhérents de l'année 2015 : ces derniers avaient en effet un faible niveau de recours au fond d'œil (de l'ordre de 40 %) avant d'adhérer à Sophia du fait d'une stratégie de recrutement fortement axée sur les diabétiques en écart aux soins. Ce taux de recours augmente très fortement dès la première année d'adhésion (49 % en 2014-2015) et progresse encore la seconde année de + 8 points, pour atteindre un niveau presque comparable à la moyenne des adhérents (58 % en 2015-2016). L'effet d'essoufflement des résultats, la seconde année après l'adhésion, observé lors des évaluations médico-économiques réalisées, s'estompe. En effet, on note une progression des résultats y compris sur les « anciens » adhérents ayant adhéré en 2014 et avant : 1,5 point de progression sur 2015-2016 par rapport à 2014-2015, alors que cela stagnait auparavant. Ces résultats démontrent la pertinence de la stratégie poursuivie par le service Sophia : recrutement de personnes n'ayant pas un suivi optimal de leur diabète puis accompagnement renforcé et ciblé. L'impact du service Sophia est également positif sur le recours au bilan rénal : 2,3 points de progression sur l'année 2016. Ainsi, ce sont plus de 17 000 adhérents supplémentaires qui ont eu recours au bilan rénal par rapport à la même période de 2015. Dans le même temps, les non-adhérents à Sophia progressent de 1 point : leur niveau de réalisation est de 34,3 % sur 2016, contre 43,7 % pour les adhérents. Enfin, l'accompagnement réalisé par Sophia contribue aussi au sevrage tabagique : 9,4 % des adhérents Sophia connus comme fumeurs fin 2015 ont déclaré avoir arrêté de fumer en 2016 (un partenariat avec le service Tabac info service est en place pour proposer un suivi par des tabacologues en complément de celui effectué par les infirmier(e)s Sophia). Ainsi, 2 668 personnes ont déclaré avoir arrêté de fumer en 2016 parmi les 28 400 personnes connues comme fumeuses fin 2015. Il sera intéressant d'évaluer l'impact du service sur l'observance médicamenteuse des adhérents à l'aune de ces résultats encourageants (Cnam, 2017).

Sophia asthme

En 2016, une première analyse médico-économique de l'expérimentation « Sophia asthme » a été réalisée par l'unité 1123 de l'Inserm (au sein du département d'épidémiologie et de recherche clinique – Hôpital Bichat) (Rycke et al., 2017) (Taillé et al., 2018). Elle montre des effets modérés du programme sur l'ensemble des éligibles, compte-tenu du faible effectif des adhérents parmi la population éligible (10 % d'adhérents Sophia, lesquels sont davantage précaires et avec un asthme plus grave que la moyenne) ; des effets positifs sur

certaines indicateurs cliniques ; utilisation des traitements de fond et observance du traitement médicamenteux, recours au pneumologue, arrêt de travail pour asthme ; pas d'effet du programme sur les dépenses de santé toutes causes et pour les dépenses pour asthme, plus de dépenses de médicaments et moins de dépenses d'indemnités journalières; sur les adhérents, des effets plus importants et plus souvent significatifs sur pratiquement tous les critères d'évaluation.

Sophia insuffisance cardiaque

Un bilan de cette expérimentation était prévu fin 2017 pour statuer sur son éventuelle extension en 2018. Une évaluation externe n'interviendra donc qu'à l'issue de cette éventuelle extension de l'expérimentation.

Pour conclure : malgré des résultats satisfaisants sur le suivi des patients, le dispositif Sophia semble avoir atteint ses limites selon l'Igas, qui préconise de changer d'une part, l'indicateur de l'évaluation en ne le centrant plus sur l'adhésion des patients en écart aux soins mais sur la mesure de l'évolution de leurs consommations de soins – des bons résultats ayant été obtenus dans l'accompagnement des patients par les Infirmières conseil en santé (ISC) s'agissant de la réalisation des examens ; et d'autre part, de mettre en œuvre le consentement implicite à l'adhésion pour les patients diabétiques en écarts de soins. Il conviendrait aussi d'améliorer la participation des médecins au dispositif en allant plus loin dans le partage de l'information sur l'outil EspacePro. Globalement, la gestion du risque impose, vingt ans après sa création, de reconsidérer le ciblage stratégique des actions, au-delà de la réflexion sur les seuls outils, et à mobiliser l'innovation pour réorienter les efforts de l'Assurance Maladie. Cela passe par une meilleure segmentation des populations, un redéploiement du ciblage, la recherche de nouvelles thématiques, le recours à des mesures plus structurelles de la responsabilité de l'État et l'appel à des outils technologiques contemporains (Mejane et al., 2017).

L'accompagnement par les pharmaciens d'officine

D'autres modes d'accompagnement des patients existent via notamment les pharmaciens d'officine. La convention nationale conclue en 2012, entre l'Uncam, l'Unocam et les syndicats de pharmaciens d'officine a valorisé le rôle des pharmaciens dans l'amélioration de la prise en charge des patients chroniques par la mise en place de dispositifs d'accompagnement dont les objectifs principaux sont d'assurer l'observance des traitements prescrits et de lutter contre la iatrogénie. Le premier dispositif mis en œuvre en 2013 a concerné les patients sous antivitamines K (AVK). Près de 15 000 officines sur les 22 500 que compte la France se sont engagées dans la démarche. La première évaluation réalisée, en 2014, a établi la satisfaction des patients et des pharmaciens impliqués, ainsi que l'impact positif sur la réalisation de l'INR (Rapport normalisé international) (Cnam, 2017). Depuis juin 2013, ce sont près de 182 000 adhésions et 265 000 entretiens qui ont été réalisés par les pharmaciens, assurant ainsi l'accompagnement de 18,2 % de la population cible. Une étude évaluative et prospective a été réalisée, par ailleurs, du 1^{er} août au 31 décembre 2015 auprès des 400 pharmacies d'officine de Champagne-Ardenne, pour faire un bilan à deux ans de l'accompagnement des patients traités par anti-vitamine K. Le questionnaire a porté sur 3 thématiques : mise en application ; profil des patients cibles ; approche globale du pharmacien. Il ressortait de cette étude que la perception des pharmaciens de l'accompagnement des patients était globalement positive, mais que les contraintes organisationnelles et économiques pouvaient entraîner une perte d'adhésion des pharmaciens. Une réflexion autour d'une revalorisation financière et d'actions de communication permettrait de pérenniser cette mission et l'étendre à d'autres pathologies.

Ce dispositif d'accompagnement a été complété, à compter du 1er juillet 2016, pour permettre aux pharmaciens d'accompagner les patients sous anticoagulants oraux par voie directe (AOD). La montée en charge de ce dispositif est en cours. Enfin, l'accompagnement des patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés a été mis en œuvre de façon concrète début 2015. L'objectif est d'assurer le suivi de l'observance du traitement prescrit ainsi que sa bonne administration par des conseils adaptés à l'usage des différents systèmes d'inhalation. En cumulé, ce sont 11 200 adhésions et 13 900 entretiens qui ont été réalisés par les pharmaciens. Ces dispositifs ont permis d'engager les pharmaciens sur des missions de santé publique et constituent ainsi un relais pertinent dans le parcours de soins des patients. De plus, à l'instar de ce qui a été mis

en place en Suisse ou expérimenté en Belgique, en Espagne, au Royaume-Uni, des bilans de médication ont été mis en oeuvre en 2018⁵⁷ afin d'optimiser et de sécuriser la prise en charge des patients, le pharmacien étant le garant de la sécurité et du bon usage des médicaments prescrits. L'objectif est en effet, dans un cadre de coordination professionnelle, de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse, de repérer les mésusages et d'améliorer l'observance notamment chez les patients polymédiqués de 65 ans et plus (Qassemi et al., 2018). Le rôle du pharmacien consiste à organiser avec le patient un entretien d'information sur l'objectif du bilan de médication et à recueillir des informations sur les traitements prescrits ou non. Le pharmacien procède ensuite à l'analyse des consommations du patient et formalise ses conclusions et recommandations qui seront intégrées au DMP. Un entretien conseil est ensuite organisé au cours duquel le pharmacien, outre le retour sur son analyse, délivre au patient les conseils adaptés au bon usage des médicaments. Il assure également le suivi de l'observance des traitements. La réalisation de ce bilan constitue un outil d'accompagnement thérapeutique du patient via les entretiens réalisés en officine et de dialogue renforcé avec le médecin traitant notamment. L'Assurance Maladie a développé un télé-service pour recueillir les informations de ces bilans. L'Académie nationale de pharmacie a, par ailleurs, formulé des recommandations, en 2016, pour aider les pharmaciens dans leurs missions d'accompagnement (Académie Nationale de Pharmacie, 2016).

L'accompagnement par des pairs patients

Des interventions de pairs patients sont aussi instaurées dans le cadre de programmes conduits par les sociétés savantes. Ces démarches proposant l'intervention de pairs patients au sein de parcours de soins sont suivies avec intérêt par l'Assurance Maladie. Il en est ainsi du programme Élan Solidaire conduit par la Fédération française des diabétiques (FFD) depuis 2008.⁵⁸ Il s'agit de rendez-vous individuels ou collectifs animés par des patients bénévoles experts formés. Au-delà d'une facilitation de l'expression, de la dissipation de craintes ou du partage d'expérience, ces formes d'accompagnement inscrites de façon concertée et coordonnée au sein des interventions des différents professionnels sont susceptibles de favoriser une autonomie supplémentaire des patients. Outre sa participation financière à la formation des patients bénévoles experts, l'Assurance Maladie étudie les conditions d'une intervention de ceux-ci afin de favoriser l'autonomisation des 95 000 patients nouvellement insulino-traités chaque année. Mais, bien que formulée par les textes réglementaires, l'implication de patients comme des professionnels de santé dans les activités d'éducation thérapeutique du patient (ETP) reste faible en France (Thariat et al., 2016) (HCSP, 2015). Pourtant, de nombreuses publications internationales soulignent le savoir expérientiel des patients-ressources, la construction de partenariats avec les soignants et l'amélioration de l'état de santé de patients ciblés grâce à leur intervention. Le réseau Paris Diabète (RPD) intègre des patients dans sa gouvernance et cherche à les impliquer dans l'animation de ses programmes d'ETP (Pernin et al., 2018).

Bibliographie

Académie Nationale de Pharmacie (2016). L'observance des traitements médicamenteux en France. Paris Académie Nationale de Pharmacie: 65.

Aguadé, A. S., Martin, C., Sagnac, C., et al. (2013). "PDB105 - Health Economics Assessment of the Cnamts Sophia Diabetic Patient Support Programme: Results of the First 4 Years." *Value in Health* **16**(7): A449.

Cemka-Eval (2010). Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques Sophia : Evaluation à 1 an. Bourg-La-Reine Cemka-Eval: 84.

Cnam (2012). Évaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques : évaluation à 1 an et à 3 ans. Paris : Cnam: 102.

Cnam (2017). Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2018 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. Paris Cnam: 229.

⁵⁷ Avenant n° 12 à la convention nationale des pharmaciens

⁵⁸ Elan solidaire. Site de la FFD

Couralet, P. E. (2015). Evaluation médico-économique du programme Sophia 2010-2013. Paris : Cnam : 249.

Detournay, B., Donio, V. et N'Dir, A. (2008). Revue de la littérature sur l'évaluation des dispositifs d'accompagnement des patients diabétiques : Sophia. Bourg-La-Reine : Cemka-Eval: 83.

Fondation Concorde (2014). Livre blanc : L'observance des traitements : un défi pour les politiques publiques. Paris Fondation Concorde: 39 , tabl., graph., fig.

Fournier, C., Naiditch, M. et Frattini, M. O. (2018). "Comment les médecins généralistes peuvent-ils contribuer à un accès plus équitable à l'éducation thérapeutique ?" Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(6): 268-272.

HCSP (2015). Avis relatif à la mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Paris HCSP: 20.

Hess, L. M., Raebel, M. A., Conner, D. A., et al. (2006). "Measurement of adherence in pharmacy administrative databases: a proposal for standard definitions and preferred measures." Ann Pharmacother **40**(7-8): 1280-1288.

Kronish, I. M. et Ye, S. (2013). "Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions." Prog Cardiovasc Dis **55**(6): 590-600.

Mejane, J., Rey, J. L. et Viossat, L. C. (2017). Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnam – Gestion du risque. 2 volumes. Rapport Igas. Paris : Igas : 2vol. (114 139).

Mispelblom-Beyer, F. (2018). "De l'(in)observance au prendre soin de soi." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(2): 70-75.

Pernin, T., Sahier, C., Monotuka, S., et al. (2018). "Savoir reconnaître le savoir expérientiel des patients : une humilité et une force pour le médecin généraliste." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(1): 19-22.

Qassem, S., Mouchoux, C., Eyvrard, F., et al. (2018). "Le bilan de médication en soins primaires chez les plus de 65 ans." Actualités Pharmaceutiques **57**(572): 37-39.

Rycke, Y. d., Dib, F., Guillo, S., et al. (2017). Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients asthmatiques Sophia Asthme. Résultats Vague A. Paris : Cnam: 361.

Taillé, C., Dib, F., Raherison, C., et al. (2018). "Évaluation du programme de soutien aux asthmatiques SOPHIA-ASTHME." Rev Mal Respir **35**: A65-A66.

Thariat, J., Creisson, A., Chamignon, B., et al. (2016). "Éducation thérapeutique du patient, concepts et mise en oeuvre." Bulletin du Cancer **103**(7): 674-690.

ACTIONS DE PREVENTION : DE NOMBREUSES EVALUATIONS ENCORE EN COURS

Contexte

Dans son rapport d'évaluation de la prévention en France, le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie préconisait une refondation de la prévention et de la promotion de la santé avec une clarification des concepts, des périmètres de compétence, des rôles et organisations des organismes en charge de la santé publique (Hcaam, 2017). Concernant l'Assurance Maladie, la convention médicale signée le 25 août 2016 s'attache à poursuivre les engagements d'amélioration de la qualité des soins, notamment au travers de la promotion de la prévention et du dépistage. Certains programmes de prévention initiés lors de la précédente convention

médicale, signée en 2011, sont poursuivis : dépistage des cancers, prévention des pathologies infectieuses aiguës, programmes dédiés à des populations particulières (dépistages néonataux, prévention bucco-dentaire chez les enfants, sevrage tabagique...). D'autres programmes sont renforcés autour de trois thèmes : la prévention des conduites addictives, la prévention de l'obésité des jeunes enfants et l'amélioration de l'accès à la contraception, y compris d'urgence. Ces programmes s'articulent avec les préoccupations portées par les divers plans ministériels de santé publique (Plan cancer 2014-2019 ; Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 ; Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 (Carlet et Le Coz, 2015)). Par ailleurs, afin de prendre en compte l'instauration du médecin traitant de l'enfant par la loi du 24 janvier 2016, les partenaires conventionnels ont souhaité introduire des indicateurs de prévention pour la prise en charge des enfants. Enfin, concernant les adolescents et les jeunes adultes, l'Assurance Maladie reprend à son compte les expériences et actions des régimes étudiants suite à la loi d'orientation et réussite étudiante du 9 mars 2018⁵⁹ avec cinq priorités : les conduites addictives (tabac, alcool, cannabis) ; la vie affective et sexuelle (gratuité et confidentialité du parcours contraceptif des mineures, dépistage du cancer de l'utérus, accompagnement des femmes enceintes ; dépistage des MST ; la santé mentale (anxiété, dépression, mal-être, stress, troubles du sommeil...) ; la nutrition (obésité/surpoids, activité physique, alimentation, santé bucco-dentaire...) ; l'accès aux droits et aux soins/bon usage du système de santé (vaccination, examen de prévention en santé (EPS)...).

⁵⁹ Intégration des régimes étudiants dans le régime général.

Prévention bucco-dentaire et le dispositif de l'examen bucco-dentaire

La convention du 14 juin 2006 entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie a mis en place un dispositif de prévention bucco-dentaire qui prévoit un examen bucco-dentaire (EBD) pour les enfants et adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans et des évaluations médicales régulières de son efficacité. Ces évaluations ont pour objectifs de connaître l'état dentaire des enfants et adolescents au moment de et après l'EBD, de déterminer si ce dispositif les a conduits à bénéficier des soins identifiés comme nécessaires au cours de l'EBD et, enfin, de mesurer le niveau d'amélioration de l'état bucco-dentaire à la suite des soins. Trois évaluations ont été réalisées par la Cnam : une en 2008 pour des jeunes de chaque tranche d'âge ayant bénéficié d'un EBD entre le 1er mai et le 31 juillet 2007 ; une en 2012 pour des jeunes ayant bénéficié d'un EBD sur la même période en 2010 et une en 2016 pour des jeunes ayant bénéficié d'un EBD entre le 1er mai 2014 et le 31 juillet 2014 (Cnam, 2008, Cnam, 2013). En 2016, trois nouveaux champs ont été inclus dans l'évaluation : inclusion des soins consécutifs réalisés dans les douze mois suivant l'EBD en isolant les soins réalisés dans la période de neuf mois après l'EBD ; analyse spécifique des indicateurs de la population des jeunes bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ; analyse des actes effectués suite à l'EBD répartis en cinq catégories : prévention, obturations coronaires, endodontie, chirurgie et radiographies. Ces indicateurs ont été étudiés en fonction des classes d'âge (Cnam, 2017). Les informations nécessaires ont été recueillies par les échelons locaux du service médical (ELSM) d'Angers, d'Angoulême, de Besançon, de Carcassonne, de Chartres, de Clermont-Ferrand, de Dijon, d'Épinal, de Grenoble, de Marseille, de Melun, de Montauban, de Poitiers, de Rouen-Elbeuf-Dieppe, de Roubaix-Tourcoing, de Saint-Lô, de Saint-Quentin, de Strasbourg, de Troyes et de Vannes. En comparant les résultats des évaluations de 2016 et 2007, on observe une augmentation de la part d'enfants ou d'adolescents totalement indemnes de soins et de caries pour toutes les classes de l'EBD au sein même de l'établissement scolaire en complément de la séance de sensibilisation. Les résultats de cette nouvelle modalité de dépistage seront disponibles prochainement. D'autres études soulignent, aussi une nette amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants grâce à la mise en place du programme MT' Dents (Tubert-Jeannin et al., 2012, Traver et al., 2014, Cour des Comptes, 2016). Cependant, une étude de la Drees basée sur l'enquête santé soins protection sociale 2010 de l'Irdes pointe encore de grandes inégalités sociales : les enfants des cadres recourant davantage au dispositif que les enfants d'ouvriers (Calvet et al., 2013). Enfin, comme envisagé par les partenaires conventionnels dès 2006, une extension du dispositif au-delà des populations jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans vers les jeunes adultes de 21 à 24 ans figure au règlement arbitral pris par arrêté du 29 mars 2017.

Les actions de prévention du tabagisme

Dans le cadre du Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, des mesures importantes ont été mises en place fin 2016 : augmentation du remboursement des substituts nicotiques, campagne "Moi (s) sans tabac" et paquet neutre (Chazalon et al., 2018). L'enquête Baromètre santé 2016 permet de faire un état des lieux juste avant la mise en place de ces mesures : en France, en 2016, 34,5 % des 15-75 ans fumaient du tabac, 28,7 % quotidiennement. Ces prévalences sont stables depuis 2010, après la hausse observée entre 2005 et 2010. Néanmoins, entre 2010 et 2016, le tabagisme quotidien a diminué parmi les hommes de 25-34 ans (de 47,9 % à 41,4 %) et parmi les femmes de 15-24 ans (de 30,0 % à 25,2 %). Sur la même période, la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté de 35,2 % à 37,5 % parmi les personnes aux revenus de la tranche la plus basse, alors qu'elle a diminué de 23,5 à 20,9 % parmi les personnes aux revenus de la tranche la plus haute. Les écarts selon le niveau de diplôme suivent une tendance similaire, témoignant ainsi d'une augmentation des inégalités sociales en matière de tabagisme (Pasquereau et al., 2017). Des revues de littérature montrent en effet que les populations de niveaux socio-économique ou socio-culturel faibles sont moins sensibilisées par les actions de prévention (Guignard et al., 2018). Une évaluation du dispositif *Tabac Info Service*, plateforme de sevrage tabagique initiée en 1998, avait été réalisée en 2016 par Santé Publique France et les résultats, cohérents avec les données européennes et américaines, suggéraient que ce dispositif de sevrage tabagique était efficace, notamment pour les fumeurs en tentative d'arrêt au moment de leur premier contact avec le service (Pasquereau et al., 2016). Ainsi, l'Assurance Maladie, en partenariat avec Santé publique France, a lancé, en septembre 2016, une nouvelle version plus interactive de l'application mobile Tabac info et le programme de coaching permet une personnalisation du parcours de sevrage afin de respecter les attentes de chaque fumeur. Plus de 140 000 personnes ont utilisé l'application mobile en neuf mois : 65 % sont des femmes et la moyenne d'âge des utilisateurs est de 33 ans. 26,2 % des inscrits ont moins de 25 ans. Plus de la

moitié des utilisateurs n'avaient pas effectué de tentative d'arrêt du tabac avant le téléchargement de l'application. Près de 70 % de ces utilisateurs se sont fixé une date d'arrêt du tabac dans l'application et seulement 14 % ont déclaré avoir rechuté. Pour répondre encore mieux aux besoins, le coaching tabac est désormais disponible sur le web, ce qui permet d'utiliser indifféremment les deux supports numériques (web ou application mobile). Un projet d'expérimentation de « dispositif de proximité d'aide à l'arrêt » sera initié par la Cnam au second semestre 2018 sur le modèle des Stop Smoking Services britanniques qui combinent des approches comportementales et pharmacologiques. En effet, ces dispositifs ont montré un impact positif très intéressant en atteignant plus particulièrement des fumeurs de catégories socio-professionnelles modestes qui rencontrent pourtant davantage de difficulté à arrêter de fumer. Cette expérimentation sera proposée dans trois structures de proximité auprès de publics spécifiques dont les étudiants (CED, PMI et services de médecine universitaire) afin d'être au plus proche des populations.

Globalement, les dernières études de Santé publique France, réalisées à partir du Baromètre santé 2017 montrent l'impact positif de l'ensemble des mesures antitabac déployées depuis 2016, même à destination des populations les plus défavorisées (Pasquereau et al., 2018). Les premiers résultats de la campagne "Moi (s) sans tabac"⁶⁰ sont aussi encourageants : un fumeur sur six a fait une tentative d'arrêt du tabac au cours du dernier trimestre 2016 (Pasquereau et al., 2018).

Par ailleurs, la confortation du rôle du médecin traitant en tant que premier conseiller anti-tabac a trouvé une traduction dans l'adoption d'un nouvel indicateur de la Rosp33 retenu par les partenaires conventionnels. Cet indicateur valorise la part des patients tabagiques du médecin traitant qui ont fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS (HAS, 2015) et enregistrée dans le dossier⁶¹. Depuis janvier 2016, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmier(e)s et les masseurs kinésithérapeutes sont autorisés, en plus des médecins et des sages-femmes, à prescrire les substituts nicotiques, élargissant d'autant le public susceptible de bénéficier de ces traitements. Ces derniers peuvent être pris en charge à hauteur d'un forfait de 150 euros par année civile et par bénéficiaire depuis le 1er novembre 2016 pour l'ensemble des fumeurs souhaitant arrêter le tabac. Ce forfait de 150 euros était auparavant réservé aux jeunes, aux personnes en situation de précarité et aux malades, tandis que le forfait standard était de 50 euros. L'annonce de cet accès élargi, faite à l'occasion du Moi(s) sans tabac de novembre 2016, a eu pour effet de voir doubler le nombre de bénéficiaires entre les mois d'octobre et décembre 2016.

Une étude de Santé publique parue en 2016 a montré toute l'efficacité des consultations de tabacologie en France (Baha et al., 2016), mais une autre étude portant sur l'état de la prise en charge addictologique par les médecins généralistes dans le nord de Paris montrait cependant que ces derniers manquaient très souvent de formation en addictologie et déploraient le manque de correspondants spécialisés d'appui dans le domaine (Clergue-Duval et al., 2018). Des résultats identiques avaient été observés dans le Baromètre santé Médecins généralistes 2009 (Gautier, 2011).

⁶⁰ Ce dispositif « Mois sans tabac » est inspiré de la campagne britannique Stoptober, dont l'objectif principal est d'inciter les fumeurs à tenter d'arrêter de fumer.

⁶¹ HAS (2014). [Outils d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, tabac, cannabis...](#)

Les actions de prévention de l'alcoolisme

Selon le Baromètre santé cancer 2015⁶², environ 15 000 personnes décèdent chaque année, en France, des suites d'un cancer attribuable à la consommation de boissons alcoolisées. L'alcool est le second facteur de risque évitable de cancers après le tabac. En 2015, 8 adultes sur 10 déclarent avoir bu de l'alcool au cours de l'année écoulée : 43,9 % toutes les semaines et 8,0 % tous les jours. Ces usages sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes : respectivement 86,6 % et 75,5 % en consommation dans l'année ; 56,5 % et 32,3 % en consommation hebdomadaire ; 12,3 % et 3,9 % en consommation quotidienne. Depuis 2005, la tendance de consommation quotidienne est néanmoins à la baisse, principalement chez les plus âgés.

Pendant longtemps, la prévention de l'alcoolisme en France se réduisait à des programmes globaux en population générale ou était intégré dans des interventions à destination des usagers de drogues illicites (Brousse et al., 2014, Cour des Comptes, 2016), en raison de son exception culturelle. Mais le Plan Priorité Prévention 2018⁶³ traduit réellement la volonté française d'accentuer la prévention de la consommation d'alcool à travers plusieurs mesures : mieux prévenir la consommation à risque et mieux repérer les addictions pendant la grossesse ; renforcer les interventions des consultations jeunes consommateurs ; proposer systématiquement un accompagnement spécialisé des jeunes admis aux urgences ou hospitalisés après un épisode d'alcoolisation massive, le binge drinking⁶⁴ étant une caractéristique de la consommation d'alcool chez les jeunes adultes (Tavolacci et al., 2016). L'objectif annoncé est d'empêcher l'installation des jeunes dans des usages répétés et problématiques de produits psychoactifs, en intervenant précocement auprès d'eux. Dans cette logique, l'Assurance Maladie va conclure des partenariats afin d'orienter plus facilement les jeunes repérés lors d'un examen de prévention dans les centres d'examen de santé (CES) et nécessitant une prise en charge de leur addiction, vers les consultations jeunes consommateurs (CJC). Parallèlement une sensibilisation aux risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse est mise en oeuvre dans le cadre du parcours maternité (guides, ateliers collectifs). Ces mesures n'ont pas encore donné lieu à des évaluations, mais on observe notamment chez les femmes enceintes une meilleure sensibilisation des risques de l'alcool pendant la grossesse. D'après une étude qualitative analysant les discussions de 40 femmes enceintes échangeant sur sept forums Internet entre février 2014 et juillet 2015, les connaissances de ces femmes concernant le risque majeur encouru en cas de consommation d'alcool pendant la grossesse semblent s'être nettement améliorées par rapport à des enquêtes analogues menées en 2008 et 2010 (Toutain, 2017).

Expérimentations d'actions de prévention pour les enfants en surpoids

Pour faire face à la hausse de l'obésité en France, l'État a mis en place dès 2001, une politique publique de santé nutritionnelle en lançant le Programme National Nutrition Santé (PNNS). En 2007, un décret de la loi de santé publique de 2004 impose que les publicités en faveur des produits alimentaires manufacturés et des boissons avec ajouts de sucres, sel, édulcorants de synthèse, doivent contenir une information à caractère sanitaire. Cette disposition s'applique quels que soient les médias (télévision, radio ou affichage publicitaire). Ces messages sont à présent bien connus du public (5 fruits et légumes par jour...). Cependant au fil du temps, des enquêtes montrent qu'ils attirent de moins en moins l'attention et que leur visibilité est inégale selon les supports. De plus, le mode de diffusion des messages engendre des problèmes de compréhension et ils sont parfois perçus comme une caution des produits présentés dans la publicité (Blanc et al., 2017, Tavoularis et Hebel, 2017). Des études récentes montrent cependant une certaine efficacité de la politique engagée, car le surpoids et l'obésité se sont stabilisés chez l'adulte et chez l'enfant : données de l'enquête Esteban 2014-2016 (Santé Publique France, 2017, Verdote et al., 2017), données de l'enquête nationale de santé réalisée auprès des élèves de CM2 2014-2015 (Guignon et al., 2017), données du PNNS (Carriere et al., 2015), données régionales (Thibault et al., 2013). Des inégalités sociales sont encore constatées et des études montrent tout l'intérêt de mettre en place des programmes spécifiques à l'intention des enfants défavorisés (Girardet et al., 2009, Chardon et al., 2013, Francois et al., 2014, Jouret et Haupp, 2015). L'expérimentation relative à la prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans, inscrite dans la Loi de financement pour la sécurité sociale 2016, consiste à offrir une prise en charge précoce et adaptée aux enfants de 3 à 8 ans repérés en

⁶² Santé publique France. [Baromètre santé cancer 2015](#)

⁶³ Ministère chargé de la santé (2018). [Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie](#)

⁶⁴ Le binge drinking, biture express ou la beuverie effrénée est un mode de consommation excessif de boissons alcoolisées sur une courte période de temps, par épisodes ponctuels ou répétés.

risque d'obésité grâce à la mise en place d'un forfait spécifique. Ce forfait, qui pourra être prescrit par le médecin qui suit l'enfant selon les besoins de ce dernier et de sa famille, permet de prendre en charge des bilans et consultations diététiques et psychologiques et un bilan d'activité physique. Ces prestations seront réalisées par des professionnels rattachés à des structures disposant de compétences particulières en ce domaine, telles que des centres de santé et des maisons de santé. Ces structures ont été sélectionnées dans le cadre d'un appel à candidature. Cette expérimentation se déroule donc dans trois territoires : Nord-Pas-de-Calais, La Réunion et la Seine-Saint-Denis. Elle est financée par l'Assurance Maladie sur le FNPEIS et son évaluation sera réalisée par la Cnam. La publication des textes législatifs⁶⁵ a permis le lancement de l'appel à candidatures pour la sélection des structures qui assurent la mise en oeuvre de cette expérimentation. Par ailleurs, des actions d'accompagnement et de prise en charge des enfants en surpoids et de leur famille ont été mises en oeuvre localement depuis 2016. Financées par la Cnam, elles visent plus particulièrement un public socialement défavorisé ou particulièrement éloigné du système de soins. 45 actions ont été financées, 27 présentaient un volet « prise en charge » concernant plus de 780 enfants. Sur ces 27 actions, 19 comprenaient des interventions collectives diététiques, d'activité physique et/ou d'accompagnement psychologique et 16 comportaient des interventions individuelles avec des consultations diététiques, psychologiques, voire d'activité physique. La tranche d'âge la plus ciblée est celle des 4-12 ans. Ces interventions ont lieu principalement dans des écoles, dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), à l'hôpital ou dans les centres communaux d'action sociale.

Depuis 2010, l'Assurance Maladie accompagne les professionnels de santé dans la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent (Cnam, 2010). Des études réalisées en milieu scolaire, notamment Pralimap en région Lorraine,⁶⁶ montrent que la participation des professionnels de santé (médecins, infirmières, nutritionnistes) ainsi que l'usage de supports spécialisés sont des atouts supplémentaires pour la réussite de ces programmes (Bonsergent et al., 2013, Bonsergent et al., 2013). De leur côté, les médecins généralistes s'impliquent davantage dans la prévention de l'obésité (Cailliez et al., 2012) comme le recommande la Haute Autorité de santé (HAS, 2011, Fayard Jacquin et al., 2012) et la réussite des programmes semble identique quel que soit le mode d'exercice du praticien (cabinet libéral ou centre de santé) (Francois et al., 2014). On observe cependant que – bien que de plus en plus conscients de l'intérêt d'une activité sportive dans la gestion de l'obésité – les médecins généralistes sont encore peu nombreux à la prescrire (Francois et al., 2014). Une formation médicale ainsi que des outils Internet adaptés seraient à développer (Francois et al., 2014). L'implication de la parentalité dans le cas de l'obésité infantile est aussi un facteur primordial de réussite (Cailliez et al., 2012).

Expérimentations d'actions de prévention du diabète

La mortalité des personnes diabétiques reste élevée en France, de même que leur surmortalité par rapport à la population générale, si on se réfère aux résultats de l'enquête Entred 2006-2007 (Piffaretti et al., 2016). Ces résultats rappellent l'importance de la prévention, qui doit passer par une éducation thérapeutique adaptée, afin de modifier le mode de vie des personnes diabétiques de type 2 et d'améliorer la prise en charge des complications. Cette prévention doit être adaptée au profil socioéconomique de la personne diabétique afin de réduire les inégalités sociales observées dans la mortalité liée au diabète. Telle était d'ailleurs une des conclusions du rapport Igas 2010, qui soulignait que cette maladie était devenue la première des maladies chroniques en France avec plus de 3 millions de personnes atteintes (Morel et al., 2012). La prise en charge thérapeutique restait d'ailleurs insuffisante en France (Bouee et al., 2010). La mise en place d'une expérimentation « *Dites non au diabète* » à grande échelle de programmes intensifs de prévention du diabète de type II figurait parmi les propositions du rapport « *Charges et produits* » de l'Assurance Maladie pour l'année 2016. Plusieurs essais cliniques internationaux de référence ayant montré la possibilité d'une réduction significative de l'incidence du diabète (Bousquet et al., 2015), un programme expérimental de trois ans déployé sur les territoires du Bas-Rhin, de la Seine-Saint-Denis et de La Réunion a accueilli les premiers participants en novembre 2017 pour vérifier l'impact d'interventions de prévention dans des conditions de vie réelle. Ce programme expérimental vise l'inclusion, en collaboration avec leur médecin traitant, au sein de ces territoires

⁶⁵ Arrêté du 10 août 2016 fixant la liste des territoires où se déroulera l'expérimentation ; arrêté du 10 février 2017 fixant le cahier des charges de l'expérimentation ; décret du 2 mai 2017 cadrant les échanges d'informations entre les acteurs impliqués.

⁶⁶ Pralimap : PRomotion de l'ALIMENTation et de l'Activité Physique

Pôle de documentation de l'Irdes – Marie-Odile Safon, Véronique Suhard

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.epub

et pendant trois ans, de 10 000 participants à haut risque de développement d'un diabète. Le public ciblé correspond à des adultes d'un âge compris entre 40 et 75 ans, en surpoids ou obèse (IMC supérieur à 25 kg/m²) et dont le dosage de la glycémie correspond au stade de prédiabète (glycémie à jeun entre 1,10 et 1,26 g/l). Les participants pourront, après engagement, bénéficier d'un accompagnement intensif (ateliers de sensibilisation à l'activité physique ou nutritionnels et de soutien à la motivation) afin de mettre en place des changements durables. Cette expérimentation d'envergure pilotée par la Cnam et le ministère chargé de la santé mobilise de nombreux partenaires institutionnels, sociétés savantes ou associatifs (ARS, Irdes, Santé publique France, ministère de la Jeunesse et des sports, CPAM, ELSM, Société francophone du diabète, Fédération française des diabétiques). Une évaluation sera faite portant sur l'efficacité clinique et l'analyse économique du dispositif, la caractérisation et l'analyse des personnes prises en charge aux différentes étapes du programme mais aussi sur l'analyse d'implantation du dispositif général (impacts des stratégies de communication, la fluidité du parcours de la personne, l'implication et l'adhésion des médecins traitants au dispositif proposé, la comparaison des contenus et du fonctionnement des programmes).

Actions en santé mentale

Dans la cartographie médicalisée des dépenses de santé élaborée par la Cnam⁶⁷, le poids de la santé mentale est chaque année particulièrement marquant, tant en termes d'effectifs de patients concernés que de dépenses. Ainsi, en 2016, plus de 7 millions de personnes, soit plus d'un Français sur 10, ont eu recours à des soins ou des prestations que l'on peut rattacher soit à une maladie psychiatrique soit à un traitement chronique par psychotrope. Les dépenses correspondantes se sont élevées à près de 20 milliards d'euros pour les bénéficiaires du régime général, une somme extrapolable à 23 milliards d'euros pour correspondre aux dépenses de tous les régimes, soit 14 % des dépenses d'Assurance Maladie. Sur les 5,8 milliards d'euros affectés à la prise en charge de personnes recevant un traitement chronique par psychotrope sans diagnostic repéré, 80 % sont affectées à la prise en charge de deux groupes de médicaments : les antidépresseurs et les anxiolytiques (Cnam, 2018). Les personnes soignées pour une pathologie psychiatrique ou consommateurs de psychotropes connaissent une surmortalité par rapport à la population générale (Ha et al., 2017). Devant l'ampleur du phénomène, la santé mentale est devenue une priorité de santé publique en 2018 et le ministère chargé de la santé a publié en 2018 sa feuille de route en psychiatrie (Ministère chargé de la santé, 2018). Par ailleurs, l'Assurance Maladie en a fait un thème majeur de ses propositions 2019 sur l'amélioration du système de soins (Cnam, 2018). Devant le constat que les antidépresseurs étaient probablement trop fréquemment prescrits de manière inadéquate dans la population générale et qu'il y avait inversement une sous-prescription chez les patients ayant un épisode dépressif modéré à sévère (Fagot et al., 2016), l'Assurance Maladie a lancé deux expérimentations concernant la prise en charge de la psychothérapie, une alternative aux traitements médicamenteux recommandée par la HAS, mais dont le remboursement n'était pas assuré par l'Assurance Maladie, à la différence d'autres pays européens. La première expérimentation, lancée en 2017, concerne la prise en charge psychique des jeunes de 11 à 21 ans⁶⁸, qui peuvent se voir rembourser des consultations psychologiques dans la limite d'un forfait. La seconde porte sur la prise en charge des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée chez l'adulte selon les recommandations françaises et internationales.⁶⁹ Déployé depuis l'automne 2017 dans quatre départements français (Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Landes et Morbihan), ce dispositif est inscrit dans le Plan National de Santé Publique « Prévention pour lutter contre les inégalités de santé » et sera expérimenté durant trois ans⁷⁰. Une évaluation médico-économique de cette expérimentation sera réalisée, afin de mettre en évidence l'impact de cette prise en charge, en particulier en termes de retour à l'emploi et de moindre consommation d'indemnités journalières maladie (Cnam, 2018).

⁶⁷ Cnam. Cartographie des pathologies et des dépenses 2017. [Site d'Ameli](#)

⁶⁸ [Décret n° 2017-813 du 5 mai 2017](#) relatif aux expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes ; complété par [l'arrêté du 19 décembre 2017 et selon l'article 68 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016](#) de financement de la sécurité sociale pour 2017.

⁶⁹ HAS. Recommandation de bonnes pratiques, Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours, octobre 2017 ; et NICE, Clinical guideline, Depression in adults: recognition and management, 2009.

⁷⁰ Ce dispositif expérimental a été élaboré en association avec le ministère de la santé, le Collège de la médecine générale (CMG), le Collège national des professionnels de psychiatrie (CNPP), le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), des représentants de psychologues cliniciens et l'Association française des thérapies cognitives et comportementales (AFTCC).

Bibliographie

Baha, M., Le Falou, A. L. et Boussadi, A. A. (2016). "L'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(30-31): 541-547.

Blanc, N., Courbet, D., Deplade, M. O., et al. (2017). Agir sur les comportements nutritionnels Réglementation, marketing et influence des communications de santé. Expertise collective. Paris INSERM: 412 , annexes.

Bonsergent, E., Agrinier, N., Thilly, N., et al. (2013). "Overweight and obesity prevention for adolescents: a cluster randomized controlled trial in a school setting." Am J Prev Med **44**(1): 30-39.

Bonsergent, E., Thilly, N., Legrand, K., et al. (2013). "Process evaluation of a school-based overweight and obesity screening strategy in adolescents." Glob Health Promot **20**(2 Suppl): 76-82.

Bouee, S., Detournay, B., Balkau, B., et al. (2010). "Diabète de type 2 : pratiques d'intensification thérapeutique chez les médecins généralistes en France en 2008-2009." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(42-43): 436-440.

Bousquet, F., Van Dererf, S., Fagot6Camapigna, A., et al. (2015). La prévention du diabète de type 2 par des programmes de changement des modes de vie : quels enseignements des expériences de mise en oeuvre "en vie réelle" : une analyse de la littérature, Paris : Cnam.

Brousse, G., Bendimerad, P., de Chazeron, I., et al. (2014). "Alcoholism risk reduction in France: a modernised approach related to alcohol misuse disorders." Int J Environ Res Public Health **11**(11): 11664-11675.

Cailliez, E., Fanello, S., Gerard, S., et al. (2012). "[Childhood obesity and general medicine]." Soins Pедиатr Pueric(267): 41-45.

Calvet, L., Moisy, M. et Fourcade, N. (2013). "Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge." Etudes Et Resultats (Drees)(847): 6.

Carlet, J. et Le Coz, P. (2015). Tous ensemble sauvons les antibiotiques : Propositions du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques. Paris Ministère chargé de la Santé: 150.

Carriere, C., Langevin, C., Deti, E. K., et al. (2015). "Stabilization of overweight prevalence and improvement of dietary habits in French children between 2004 and 2008." Public Health Nutr **18**(10): 1883-1889.

Chardon, O., Guignon, N., Guthmann, J.-P., et al. (2013). "La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 : une situation contrastée selon l'origine sociale." Etudes Et Resultats (Drees)(853): 6.

Chazalon, S., Cardenas, M., Drouin, C., et al. (2018). "Le Programme national de réduction du tabagisme : retour sur trois années d'une stratégie d'ensemble pour réduire l'impact du tabac en France." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(14-15).

Clergue-Duval, V., Pot, E. et Azuar, J. (2018). "État de la prise en charge addictologique par les généralistes dans le nord de Paris." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **66**(3): 195-199.

Cnam (2008). "Des premiers résultats positifs pour le nouveau programme de prévention bucco-dentaire M'T dents." Point D'information (Cnam): 11.

Cnam (2010). Prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent : l'action de l'Assurance Maladie auprès des médecins traitants et des assurés, Paris : Cnam

Cnam (2013). M'T dents : une progression constante de la participation au programme de prévention bucco-dentaire de l'Assurance Maladie, Paris : Cnam

Cnam (2017). Rapport sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2018 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. Paris Cnam: 229.

Cnam (2018). Rapport sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Paris Cnamts: 262.

Cour des Comptes (2016). Les politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool. Paris Cour des comptes: 262.

Cour des Comptes (2016). Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder. Sécurité sociale : Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes: 247-286.

Fagot, J. P., Cuerq, A., Samson, S., et al. (2016). "Cohort of one million patients initiating antidepressant treatment in France: 12-month follow-up." Int J Clin Pract **70**(9): 744-751.

Fayard Jacquin, L., Tyrawski, S. et Bourgeois, O. (2012). "Éducation thérapeutique du patient obèse : Quelle place pour le médecin généraliste ?" Concours Medical **134**(2): 135-139.

Francois, P., Guyomard, A., Baudet, D., et al. (2014). "[Evaluation of an obesity prevention program for school-aged children in deprived urban areas]." Arch Pediatr **21**(7): 727-735.

Gautier, A. d. (2011). Baromètre santé médecins généralistes 2009, Saint-Denis : INPES

Girardet, J. P., Bocquet, A., Bresson, J. L., et al. (2009). "[French national program for nutrition and health: effects on children's health]." Arch Pediatr **16**(1): 3-6.

Guignard, R., Nguyen, Thanh, V., Delmer, O., et al. (2018). "Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature." Sante Publique **30**(1): 45-60.

Guignon, N., Delmas, M.-C., Fonteneau, L., et al. (2017). "La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale." Etudes Et Resultats (Drees)(993): 6.

Ha, C., Chan, Chee, C. et Decool, E. (2017). "Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(23): 500-508.

HAS (2011). Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (Actualisation des recommandations 2003). Recommandations professionnelles. Saint-Denis : HAS: 222.

HAS (2015). Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac : Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS): 102.

HCAAM (2017). Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé. Paris HCAAM: 36.

Jouret, B. et Haupp, A. (2015). "[Primary care interventions for pediatric overweight or obesity]." Rev Prat **65**(10): 1278-1282.

Ministère chargé de la Santé (2018). "Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie." Paris : Ministère chargé de la santé : 31.

Morel, A., Lecoq, G. et Jourdain-Menninger, D. (2012). Évaluation de la prise en charge du diabète. Rapport Igas ; 2012 033. Paris : Igas : 2 vol. (104+249), annexes.

Pasquereau, A., Nguyen, T., nh, V., Richard, J. B., et al. (2016). "Efficacité à six mois de l'aide au sevrage de la ligne téléphonique Tabac Info Service (39 89)." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(30-31): 548-556.

Pasquereau, A., Nguyen Thanh, V., Richard, J. B., et al. (2018). "La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(14-15): 214-222.

Pasquereau, A., Nguyen Thanh, V., Richard, J. B., et al. (2018). "Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(14-15).

Pasquereau, A., Nguyen Thanh, V., Richard, J. B., et al. (2017). "Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(12): 214-222.

Piffaretti, C., Fosse-Edorh, S., Mandereau-Bruno, L., et al. (2016). "Déterminants de la mortalité des personnes diabétiques de type 2. Cohortes Entred, France, 2002-2013." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(37-38): 681-690.

Santé Publique France (2017). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. Saint-Maurice Santé Publique France: 42 , tabl., fig.

Tavolacci, M. P., Boerg, E., Richard, L., et al. (2016). "Prevalence of binge drinking and associated behaviours among 3286 college students in France." BMC Public Health **16**: 178.

Tavoularis, G. et Hebel, P. (2017). "Fruits et légumes : les Français suivent de moins en moins la recommandation." Consommation Et Modes De Vie(292): 44 , tab., graph., fig.

Thibault, H., Carriere, C., Langevin, C., et al. (2013). "Evolution of overweight prevalence among 5-6-year-old children according to socio-economic status." Acta Paediatr **102**(3): 273-277.

Toutain, S. (2017). "Concilier "Zéro alcool pendant la grossesse" et alcoolisation ponctuelle importante des premières semaines. Une enquête qualitative sur des forums de discussion." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(11): 207-212.

Traver, F., Du Saucey, M. J. et Gaucher, C. (2014). "État bucco-dentaire des jeunes participant au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD)." Santé Publique **26**(4): 481-490.

Verdot, C., Deschamps, V., Salanave, B., et al. (2017). "Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(13): 234-241.

DIFFUSION DES INFORMATIONS : UN IMPACT DIFFICILE A MESURER

Contexte

L'information sur les droits des usagers de la santé constitue une priorité pour réduire l'asymétrie d'information entre soignants et soignés et permettre aux usagers de pouvoir contribuer aux décisions de santé et aux patients d'être réellement acteurs de leur prise en charge en choisissant au mieux leur parcours de soins. Cette priorité est entrée dans le Code de santé publique depuis plus de 16 ans avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Par ailleurs, agir sur les comportements de santé des usagers s'avère être un levier déterminant dans l'amélioration de la pertinence de soins. À cet effet, plusieurs outils ont été développés par l'Assurance Maladie et l'État comme les campagnes d'information et leurs différents supports papier et numériques, la diffusion des données sur les indicateurs de qualité des soins et la publication des atlas sur la variation des pratiques médicales. Enfin, les médecins généralistes s'avèrent être un vecteur non négligeable de la diffusion de l'information auprès des patients.

Les campagnes d'information : les différents supports et impacts

Les assurés sont les véritables et ultimes bénéficiaires des actions visant la délivrance du juste soin. Depuis plusieurs années, les actions de l'Assurance Maladie et de l'État, en particulier les campagnes de maîtrise médicalisée, participent à l'amélioration de l'information et des connaissances des patients concernés. Cette mise à disposition d'informations pour les patients peut prendre plusieurs formes : participation à des campagnes nationales, édition de livrets d'information patients, supports permettant au patient de participer avec son médecin à l'élaboration d'une décision partagée. Dans la campagne d'information grand public sur le médicament générique visant à favoriser son adoption⁷¹, l'Assurance Maladie a utilisé tous les canaux médiatiques : télévision, radio, presse magazine et quotidienne régionale ainsi que le web. Les résultats de cette campagne ont été très positifs et ont montré une amélioration de l'image des génériques tant chez les patients que chez les médecins⁷². La campagne s'est poursuivie ensuite via des messages plus contextuels et affinitaires : vidéos témoignages et informations sur le bon usage. Par ailleurs, des supports plus spécifiques d'information sont développés pour renforcer la compréhension des patients et leur implication en matière d'opportunité de traitements médicamenteux ou de réalisation de dosage biologique. Pour la maîtrise de la prescription d'antibiotiques, par exemple, la campagne en direction des médecins généralistes sur le bon usage de ces médicaments et la lutte contre l'antibiorésistance⁷³ comportait un support de non-prescription proposé au prescripteur pour appuyer si besoin sa décision auprès du patient (Cnam, 2017). Une étude qualitative visant à apprécier l'impact de ce document, menée auprès des prescripteurs et des assurés, montre que ces derniers le jugent très majoritairement positif : utile, facile à comprendre, convaincant et source d'informations nouvelles. Ce document contribue à la compréhension de la décision médicale et les personnes interrogées soulignent la nécessité d'une remise de ce dernier par leur médecin. De même, dans la campagne visant une maîtrise médicalisée du dosage biologique du PSA, dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate, un livret d'information à destination des patients et des médecins « *S'informer avant de décider* » a été utilisé, permettant aux patients de prendre une décision éclairée avec leur médecin⁷⁴. Dans la lutte contre la lombalgie initiée fin 2017, l'Assurance Maladie a utilisé plusieurs leviers : campagne d'accompagnement des médecins généralistes avec distribution de brochures de bonne pratique basées sur les recommandations de la HAS, campagne de communication « Mal de dos » auprès du public via affichage, télévision et web, mise à disposition de l'appli Activ'Dos⁷⁵. Au total, 53 000 praticiens ont été visités par les délégués de l'Assurance Maladie et l'appli Activ'Dos a été téléchargée plus de 200 000 fois (Cnam, 2018). Par ailleurs, la CPAM du Bas-Rhin (2016) a réalisé un site Internet : www.on-peut-mieux-faire.com, qui informe les usagers sur le fonctionnement du système de santé et sensibilise à la croissance des dépenses de santé. Ce site permet de tester ses connaissances sur la compréhension du système de santé et d'utiliser différemment l'offre de soins et de prestations remboursées. Les premiers résultats sont encourageants avec 30 000 visites sur les six premiers mois dont 40 % aboutissant à des messages pédagogiques sur le bon usage de certaines prestations (médicaments, transports,...). Des volets thématiques sur les médicaments ont été rajoutés en 2017. Les applications sur Internet ou mobiles (M-santé) sont aussi utilisées comme vecteur d'information et d'éducation du patient – des revues de littérature ayant prouvé l'efficacité des dispositifs d'aide à distance en santé (Nguyen-Thanh et al., 2014) – comme le site Tabac Info Service, dédié au sevrage tabagique. Initiée en 1998, la nouvelle version lancée en 2016, conjointement par l'Assurance Maladie et Santé publique France, offre une grande interactivité, de nouveaux contenus et des fonctionnalités inédites : tableau de bord en temps réel des bénéfices de l'arrêt du tabac en termes de santé et d'économies, mini-jeux pour faire passer l'envie d'une cigarette, appel direct à un tabacologue, partage sur les réseaux sociaux... Le programme de coaching permet une personnalisation du parcours de sevrage afin de respecter les attentes de chaque fumeur. Au fur et à mesure des jours, l'utilisateur reçoit des messages, des notifications, des informations à une fréquence adaptée, avec un pic d'intensité autour de la date d'arrêt. L'application intègre la possibilité pour l'utilisateur de demander à son entourage de l'encourager dans sa démarche et ses progrès. Avec un ton optimiste, associé à une facilité d'utilisation et à un mécanisme de récompenses, elle aide à dédramatiser le processus de sevrage. Plus de 140 000 personnes ont utilisé l'application mobile en neuf mois : 65 % sont des femmes et la moyenne d'âge des utilisateurs est de 33 ans. Plus de la moitié des utilisateurs n'avaient pas effectué de

⁷¹ « Devenir générique, ça se mérite » : campagne menée fin 2016-début 2017 (Cnam, ministère chargé de la santé, ANSM)

⁷² Baromètre d'image et de connaissances des Français, des médecins et des pharmaciens. [Site d'Ameli](http://Site.d'Ameli). 22 septembre 2017

⁷³ Antibiotique : campagne menée d'octobre 2015 à avril 2016 (Cnam)

⁷⁴ Selon l'enquête quantitative BVA – INCa sur les connaissances, les pratiques des médecins généralistes et l'information transmise aux patients (août 2015), une majorité d'hommes ne connaissait pas les bénéfices et limites du dosage PSA.

⁷⁵ Campagne contre la lombalgie. [Site d'Ameli](http://Site.d'Ameli)

tentative d'arrêt du tabac avant le téléchargement de l'application. Près de 70 % de ces utilisateurs se sont fixé une date d'arrêt du tabac dans l'application et seulement 14 % ont déclaré avoir rechuté. Pour répondre encore mieux aux besoins, le coaching tabac est désormais disponible sur le web, une application qui permet d'utiliser indifféremment les deux supports numériques (web ou application mobile). Une évaluation est en cours sous l'égide de la Chaire de recherche en prévention des cancers de l'EHESP en partenariat avec le CHU de Nancy et la Société francophone de tabacologie⁷⁶. Une application Asthm'Activ a été aussi développée. Dans le contexte de foisonnement des services numériques proposés aux patients sur Internet, pour lesquelles les assurés ont une réelle appétence, il convient d'orienter les patients vers des services fiables et ayant démontré leur plus-value. Le compte Ameli, disponible sur internet et application mobile, est de très loin le premier canal de contacts des assurés avec l'Assurance Maladie (80 % des contacts des assurés sont aujourd'hui des contacts dématérialisés). La Cnam prévoit dans les années à venir de faire évoluer le compte Ameli vers une plateforme numérique intégrant de nouveaux services⁷⁷ (Cnam, 2018). Des évaluations en vie réelle seront menées pour évaluer la qualité des services proposés, car sans preuve rigoureuse de leur utilité, il est difficile de recommander l'utilisation de ces applications numériques, comme le souligne une étude réalisée par la Société américaine de cardiologie (Burke et al., 2015). Enfin, sur un tout autre registre, des démarches proposant l'intervention de pairs patients au sein du parcours de soins sont aussi suivies de près par l'Assurance Maladie comme le programme Élan solidaire conduit par la Fédération française des diabétiques depuis 2008⁷⁸.

Concernant l'impact des campagnes d'information, la Cnam et l'Inserm avaient réalisé un bilan après cinq de la campagne relative au bon usage des antibiotiques : « les antibiotiques, c'est pas automatique » (Cnam, 2003) (Cnam, 2008) (Sabuncu et al., 2009). Les résultats obtenus étaient significatifs : la consommation d'antibiotiques avait baissé, notamment chez les enfants et la compréhension de l'usage de ces médicaments s'étaient améliorée chez les patients. Néanmoins, cet impact positif s'était infléchi dès 2010, phénomène observé pour la plupart des campagnes.

Choisir avec soins

The Choosing Wisely Initiative

<http://www.choosingwisely.org/>

<https://choisiravecsoin.org>

Lancée en 2012, aux États-Unis, à l'initiative d'une société savante, la fondation American Board of Internal Medicine, avec le soutien de la revue de consommateurs « Consumer Reports », la campagne « Choosing Wisely » vise à informer les patients et les médecins afin qu'ils puissent dialoguer en toute connaissance de cause sur la pertinence de tels ou tels traitements ou examens. Grâce à des sites Internet et à des applications pour smartphones dédiés, il s'agit de permettre aux patients et aux soignants de disposer d'une information fiable et validée, indépendante des laboratoires pharmaceutiques ou des fabricants de dispositifs ou de matériels médicaux. « Choisir avec soin »⁷⁹, version francophone a été mise en ligne par des sociétés savantes et des associations canadiennes. 250 recommandations de bonne pratique, élaborées par des sociétés savantes d'après les dernières données de la littérature – mais n'ayant pas toujours prouvé leur efficacité – se trouvent ainsi en ligne sur ce site, classées par spécialité médicale. En France, quelques associations de soignants, l'Association Mieux Prescrire, le Formindep et le réseau Princes militent contre la surmédicalisation.⁸⁰ La Fédération hospitalière de France a signé récemment une charte d'engagement dans cette campagne,⁸¹ mais la campagne « Choosing Wisely » n'est pas encore lancée officiellement. Seul le CHU de Nantes semble avoir mis un programme pour sensibiliser médecins et patients à la surmédicalisation.

Voir [communication du congrès HAS sur la pertinence de soins 2017](#)

Coordnatrice internationale : Docteur Wendy Levinson – University of Toronto

⁷⁶ Les premiers résultats sont attendus fin 2018 et donneront lieu à une publication dans une revue à comité de lecture.

⁷⁷ Cf Plateformes numériques NHS Apps library en Angleterre, AppSaludable en Espagne

⁷⁸ Élan solidaire. [Site de la FFD](#)

⁷⁹ ⁷⁹ Cauterman, M., et al. (2015). "Choisir avec soin, pertinence et professionnalisme. ." [Actualite Et Dossier En Sante Publique](#)(92): 46-47.

⁸⁰ ⁸⁰ Maraschini ? J. (2018). Lutte contre les actes inutiles. [Que Choisir santé](#) (125)

⁸¹ [Site de la FHF](#)

Une étude récente (Trumbic et al., 2018) analyse la possibilité d'adapter la campagne « choosing wisely », initialement destinée aux États-Unis, à d'autres pays et notamment la France. Cette étude, la première de ce genre en France, a été réalisée en combinant l'approche « choosing wisely » avec la méthode du consensus formel des recommandations publiées par la Haute Autorité de santé. Dans le cas de la sclérose en plaque et conformément à un groupe de neurologues français spécialisés dans cette pathologie, elle a montré que l'adaptation du modèle « choosing wisely » était faisable et pertinente afin de générer des recommandations pour améliorer la pertinence des soins dans la gestion de cette maladie. Cependant, l'accessibilité des recommandations à des praticiens appartenant à d'autres domaines spécialisés ainsi que leur impact sur les pratiques cliniques quotidiennes restent à prouver.

La diffusion des données sur la qualité du système de soins

En France, la publication par la revue « Sciences et Avenir » d'un classement des hôpitaux en 1991 avait fait l'effet d'une véritable bombe auprès des usagers, des professionnels et des gestionnaires du système de santé. En effet, la diffusion auprès du grand public de données d'évaluation de la qualité des soins était, à l'époque, une démarche, encore peu courante en France. Pourtant, elle existait depuis plus de 15 ans aux États-Unis et dans d'autres pays. Une première étude de la Drees (Ghadi et Naiditch, 2001) avait pour objectif d'identifier, à partir d'une analyse bibliographique, les différents arguments développés par ceux qui militaient en faveur de cette démarche, de décrire les principales expériences de diffusion publique d'information sur le système de soins, d'évaluer l'impact de ce type de publication sur les professionnels, sur les consommateurs mais aussi l'usage qui en a été fait par les financeurs et les régulateurs. Ce rapport concluait que les différentes études d'impact s'étaient surtout intéressées aux causes de la non-appropriation, par les consommateurs, des données diffusées. Cette question s'avérait d'autant plus importante que « l'incapacité des consommateurs à utiliser ces données hypothéquait fortement le modèle sous-jacent au dogme de la nécessité d'une diffusion publique d'information médicalisée : à savoir celui de l'utilisateur consommateur des « biens/soins » et décidant de façon rationnellement informée de ses recours aux soins ». Les causes invoquées par ces différents travaux pour expliquer le faible impact des informations diffusées étaient la mauvaise compréhension des indicateurs de la qualité des soins choisis, une définition de la qualité des soins par les usagers qui diffère de celle des professionnels, un niveau d'éducation insuffisant pour comprendre le concept d'indicateur, des informations qui ne répondent pas aux attentes et aux besoins des usagers. Le rapport formulait différentes recommandations pour pallier à ces écueils : améliorer la formation des usagers, adapter les outils d'appropriation de données, bien contextualiser et formuler les indicateurs choisis. Une seconde étude publiée par la Haute Autorité de santé (Hasenbalg-Corabianu, 2005), basée elle-aussi sur une revue de la littérature des expériences étrangères sur la diffusion publique d'indicateurs et de résultats sur la qualité des prestations de soins, ne permettait pas de conclure à un impact de la diffusion publique sur les comportements des usagers, qui ont tendance à recourir à d'autres sources d'information pour s'orienter dans le système. En revanche plusieurs études, essentiellement américaines permettent de penser que la diffusion publique d'indicateurs et de résultats sur la qualité des prestations de soins a un impact positif mais modeste principalement sur les comportements des professionnels de santé et la mise en place d'améliorations (Campanella et al., 2016). Certaines études pointent les risques d'effets adverses : sélection des patients les plus légers et éviction des plus lourds, crainte de la perte de confiance des patients, apparition de comportements déviants. D'une manière générale, la littérature met en évidence la difficulté à mesurer l'efficacité finale (problèmes de fiabilité et d'imputation des résultats observés) (Vukovic et al., 2017).

En France, depuis 2006, le ministère chargé de la santé a mis en place un tableau de bord fondé sur une batterie d'indicateurs relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, chacun des établissements de santé, publics ou privés, fait ainsi l'objet d'un classement de A (très bon) à E (insuffisant). Sans être focalisé sur la qualité, le site Platines représente une première diffusion publique synthétique d'informations déjà disponibles, permettant une comparaison inter-établissement⁸² (Haury et Lombardo, 2007, Drees, 2009). D'autres indicateurs ont été ajoutés par la suite, comme des indicateurs de qualité de prise en charge du patient (QUALAS) (Cnam, 2011, Ministère chargé de la santé, 2011) et des guides méthodologiques sur l'élaboration des indicateurs de qualité des soins (IQSS) ont été élaborés par la HAS (Hasenbalg-Corabianu, 2012) (HAS, 2015). À l'instar des expériences internationales, un travail sur les indicateurs de mortalité hospitalière a été aussi réalisé (HAS, 2017), mais aucune étude d'impact de la publication de ces divers indicateurs sur le comportement des usagers n'a été publiée à ce jour. La Cnam souligne qu'il n'est pas simple d'évaluer l'impact de la diffusion publique dans la mesure où il peut être difficile d'isoler les effets de la diffusion publique de celui d'autres dispositifs d'amélioration de la qualité des soins. Bien que les usagers revendiquent leur souhait et leur droit de disposer d'une information sur la qualité et les performances des prestataires de soins, leurs principales sources d'information pour choisir un hôpital ou un professionnel de santé reste leurs médecins traitants et leurs proches. En outre, des études ont montré que même lorsque les usagers connaissent les dispositifs de diffusion publique, ils évitent rarement les professionnels ou les établissements les moins bien évalués (Cnam, 2018).

⁸² Platines est devenu Scope santé : <https://www.scopesante.fr/#/>

La diffusion des informations par les médecins généralistes

L'étude de Savali publiée récemment (Savali et al., 2018) montre que les patients attendraient beaucoup de leur médecin généraliste (MG) en termes d'information médicale. La salle d'attente (SA) du MG constitue la première étape avant la consultation ; elle est parfois utilisée comme vecteur de cette information. La réception d'une information médicale en SA dépend de différents facteurs. Une relation patient-médecin jugée satisfaisante par le patient favorise la réception d'informations. En fonction du motif de consultation ou si l'attente est jugée trop longue, les patients peuvent adopter une attitude d'attente anxieuse ou déplaisante peu propice pour s'informer. La SA est un espace d'interactions sociales qui peuvent entraver la perception de l'information. Selon les patients, il faudrait une plus grande implication du MG, qu'il valide l'information, qu'elle soit en quantité limitée, sur un espace dédié, renouvelée, sur des sujets d'actualité, de prévention ou sur le réseau associatif local. Non imposée, l'information devrait être proposée dans la continuité de la relation patient-médecin.

Atlas des variations des pratiques médicales

Les taux de recours aux soins de la population sur un territoire donné (région, département, territoire de santé) sont le reflet de l'organisation de l'offre, de la disponibilité des lits et des médecins et de leurs pratiques médicales. Les études montrent que les patients qui ont des problèmes similaires sont soignés de façon différente selon leur lieu d'habitation. Les variations dans la pratique médicale posent un problème médical et économique lorsque les variations observées ne sont pas justifiées par le besoin des patients. Elles soulèvent la question de la qualité des soins consommés, de l'équité d'accès aux soins et de l'efficacité dans l'allocation des ressources limitées. Les usagers et les patients méritent de connaître ces informations pour décider des choix relatifs à leur santé. Un rapport de l'OCDE (OCDE, 2014) indique ainsi que de nombreux pays ont déjà publié un atlas national ou produisent régulièrement des atlas thématiques. Ainsi, pour capitaliser sur les travaux déjà menés en France sur l'amélioration de la pertinence des soins, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Haute Autorité de santé (HAS), la Caisse nationale d'Assurance Maladie (Cnam), l'ATIH, en partenariat avec l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), ont élaboré en 2016 le premier atlas national sur les variations des pratiques médicales (Le Bail et Or, 2016). Un atlas de la santé mentale en France est aussi paru sous forme numérique⁸³ ainsi qu'un atlas sur l'insuffisance rénale chronique terminale (Leneindre et al., 2018). L'atlas paru en 2016 sur la variation des pratiques n'a pas encore donné lieu à évaluation quant à son impact sur le comportement des usagers de santé.

Perspectives

En se basant sur l'expérience de 15 pays, l'OCDE souligne le besoin de développer des systèmes d'information capables d'informer les différents acteurs sur la qualité des soins, d'instaurer de la transparence envers les usagers et de nourrir les dispositifs d'incitation et de responsabilisation qui doivent conduire à l'amélioration de la qualité (OCDE, 2017). Dans la dernière édition de « *Charges et produits* » (Cnam, 2018), la Cnam formule plusieurs propositions concernant la diffusion publique d'indicateurs de qualité des soins : développer le recueil d'indicateurs de résultat en se basant sur des expériences existant à l'étranger (Mainz, 2003) (MacLean et al., 2018) (Marshall et al., 2003)⁸⁴ et en utilisant les bases de recueil de données médico-administratives à partir du système national des données de santé (SNDS) ; recueillir aussi les données à partir des expériences de patients (Patient reported outcome et Patient reported experience measures – PROMs et PREMs) (De Silva, 2013, Wong et Haggerty, 2013, Klazinga et Fujisawa, 2017).

⁸³ [Atlas de la santé mentale en France](#)

⁸⁴ Programme américain "Merit-based Incentive Payment" ; National Quality Measures Clearing House (NQMC) – National Quality Forum (NQF) – International Consortium for Health outcome Measure (ICHOM).

Bibliographie

- Burke, L. E., Ma, J., Azar, K. M., et al. (2015). "Current Science on Consumer Use of Mobile Health for Cardiovascular Disease Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association." Circulation **132**(12): 1157-1213.
- Campanella, P., Vukovic, V., Parente, P., et al. (2016). "The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis." BMC Health Serv Res **16**: 296.
- Cnam (2003). Les antibiotiques, c'est pas automatique, Paris : Cnam
- Cnam (2008). Programme antibiotiques : un premier cap est franchi, la mobilisation pour le bon usage doit se poursuivre, Paris : Cnam
- Cnam (2017). Rapport sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2018 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. Paris Cnam: 229.
- Cnam (2018). Rapport sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Paris Cnam: 262.
- De Silva, D. (2013). Measuring patient experience. Londres Health Foundation: 49 , tabl., fig.
- Drees (2009). "La diffusion publique de données relatives à la performance des établissements de santé : revue de la littérature et des sites internet." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(88): 71 , tabl., annexes.
- Ghadi, V. et Naiditch, M. (2001). "L'information de l'usager/consommateur sur la performance du système de soins. Revue bibliographique." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(13): 25 , ann.
- HAS (2015). Programme d'actions communes HAS-ANAP. Axe 5 : indicateurs, suivi et évaluation « Développement d'indicateurs de processus et de résultats pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité d'éléments clés du parcours du patient en chirurgie ambulatoire », Saint-Denis : HAS: 10.
- HAS (2017). Indicateurs de mortalité hospitalière : expériences étrangères, enseignements de la littérature et recommandations pour l'aide à la décision publique et le développement d'indicateurs en France, Saint-Denis : HAS: 64 , tabl., ann.
- Hasenbalg-Corabianu, V. (2005). La diffusion publique de données relatives à l'activité, la performance, les résultats des établissements de santé. Etudes et Rapports. Saint Denis HAS: 69.
- Hasenbalg-Corabianu, V. (2012). Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins. Guides méthodologiques. Saint Denis HAS: 77.
- Hauray, B. et Lombardo, P. (2007). ""Platines" un site d'information sur les établissements de santé en France." Etudes Et Resultats(550): 8.
- Klazinga, N. S. et Fujisawa, R. (2017). Measuring patient experiences (PREMS) : Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016. OECD Health Working Papers; 102. Paris OCDE: 61 ,fig., tabl.
- Le Bail, d. et Or, Z. (2016). Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales - Edition 2016, Paris : Irdes
- Le Neindre, C., Bricard, D., Sermet, C., et al. (2018). Atlas de l'insuffisance rénale chronique terminale en France, Paris : Irdes
- MacLean, C. H., Kerr, E. A. et Qaseem, A. (2018). "Time Out — Charting a Path for Improving Performance Measurement." New England Journal of Medicine **378**(19): 1757-1761.

Mainz, J. (2003). "Defining and classifying clinical indicators for quality improvement." Int J Qual Health Care **15**(6): 523-530.

Marshall, M. N., Shekelle, P. G., McGlynn, E. A., et al. (2003). "Can health care quality indicators be transferred between countries?" Qual Saf Health Care **12**(1): 8-12.

Ministère chargé de la Santé (2011). La diffusion publique des indicateurs de qualité et de sécurité de soins 2010 sur les sites platines : jeudi 22 septembre 2011, Paris : Ministère chargé de la santé

Nguyen-Thanh, V., Haroutunian, L., Lamboy, B., et al. (2014). Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : une synthèse de littérature. St Denis INPES: 53 , tabl., annexes.

OCDE (2014). Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance? Paris OCDE: 415.

OCDE (2017). Caring for quality in health : lessons learnt from 15 reviews of Health Care Quality. Paris : OCDE: 62.

Sabuncu, E., David, J., Bernede-Bauduin, C., et al. (2009). "Significant reduction of antibiotic use in the community after a nationwide campaign in France, 2002-2007." Plos Medicine **6**(6): 1-9, fig.

Savali, A., Michelet, T. et Vallee, J. (2018). "Perception de l'information médicale en salle d'attente du médecin généraliste." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(1): 40-45.

Trumbic, B., Zephir, H., Ouallet, J. C., et al. (2018). "Is the Choosing Wisely((R)) campaign model applicable to the management of multiple sclerosis in France? A GRESEP pilot study." Rev Neurol (Paris) **174**(1-2): 28-35.

Vukovic, V., Parente, P., Campanella, P., et al. (2017). "Does public reporting influence quality, patient and provider's perspective, market share and disparities? A review." European Journal of Public Health **27**(6): 972-978.

Wong, S. T. et Haggerty, J. (2013). Measuring Patient Experiences in Primary Health Care: A review and classification of items and scales used in publicly-available questionnaires. Vancouver Centre for Health Services and Policy Research: 31.