



PERTINENCE DES ACTES

Fait-elle partie de la mission gestion des risques confiée à la CME ?

Dr Jean Luc BARON
President de la CNPCMEHP

Paris le 18 mai 2011



Polémique ? Quelle polémique ?

- Une concurrence entre secteur public et privé, qui débouche sur des provocations...
- Une réalité: personne aujourd'hui n'est en mesure de prouver qu'il est plus pertinent qu'un autre.
- Au fond, ce débat est-il pertinent pour le patient dont le questionnement est avant tout:
 - « le risque que je prends à bénéficier d'un acte est pertinent parce que l'indication est pertinente »



Est-ce une nouvelle dimension pour les praticiens des établissements ?

- RMO, RPC années 1990
 - Elles ont été le fruit d'une concertation
 - Elles avaient un objectif pédagogique, mais elles ont été rendues opposables d'emblée
- CCAM technique
 - des libellés concertés qui sont quelque part un guide de pertinence
 - Une adaptation tarifaire pas toujours cohérente et une difficulté de faire évoluer l'outil.



Est-ce une nouvelle dimension pour les praticiens des établissements ?

- Certaines spécialités ont construit autour de ce thème de pertinence des actes ou des modes de prise en charge
- Conscient qu'une maîtrise médicalisée était préférable à une maîtrise comptable aveugle.
- Conscient qu'une régulation basée sur la pertinence, était préférable à des OQOS, basés sur une moyenne nationale au mieux régionale, dont personne n'est en mesure d'analyser les variations

Qui doit définir les critères de pertinence ?

- Pertinence des actes
 - = quel risque je prends pour le patient, pour quel bénéfice
 - = à quel coûts directs et indirects
- Le circuit logique
 - Une alerte des instances économiques
 - Une première rédaction par les sociétés professionnelles
 - L'HAS qui valide et qui pilote l' évolutivité
 - ✓ une recommandation à une durée de vie moyenne de 5 ans (étude américaine), et moins si cette recommandation est en rapport avec une procédure technique

Qui doit définir les critères de pertinence ?

- Le schéma d'une recommandation doit résulter d'un équilibre entre l'expertise professionnelle et les contraintes économiques, c'est une condition du succès
 - Etude américaine, Medicare, publiée dans JAMA 2011
 - ✓ Durée séjour pour prothèse de hanche réduite entre 1991 et 2008 de 9J à moins de 4 J sous la pression économique
 - ✓ ré hospitalisation à 30 jours est passée de 5% à 8,5%.
- Son application doit respecter un délai plus ou moins long de pédagogie, avant d'être rendue opposable

Comment prouver qu'un acte, ou un mode de prise en charge est justifié?

- La réponse ne se trouve pas dans une optique de « charge de la preuve »
- Mais plutôt dans une optique:
 - « mes références issues de la profession sont partagées par les tutelles et les financeurs, donc nous avons un langage commun »
- Et son corollaire:
 - « je me dois d'expliquer une éventuelle transgression (bénéfice pour le patient, évolution des pratiques) » sans être automatiquement suspecté.



Et la réglementation dans tout cela?

- Elle doit se positionner en accompagnement d'un consensus d'acteurs:
 - par une contractualisation avec le bon acteur (établissement ???, médecins collectivement et individuellement)
 - par des mécanismes de sanctions individuelle, après expertise contradictoire
 - sans oublier les mécanismes d'incitation et de valorisation du travail bien fait
- La réglementation aveugle type OQOS, a fait la preuve de son inapplication.

Quel rôle pour la CME ?

- La loi: lutte contre les EI associés aux soins
- La réalité: quel périmètre pour la GDR
 - Simplement limité aux soins
 - Approche plus large en particulier les éléments qui ont un rapport avec l'activité soignante:
 - ✓ **Risque médico-économique: études de pertinence des soins**
 - ✓ Risque environnemental
 - ✓ Risque financier et projet d'établissement
 - ✓ Risque lié à l'innovation



Quel rôle pour la CME ?

- Etablissements privés et médecins dans le même bateau
- La CME est le rouage
 - entre les recommandations de spécialités, ou de la HAS
 - et la mise en cohérence au sein d'un même lieu de recommandations de spécialités différentes,
 - et où la pertinence pour les uns peut ne pas être comprise par les autres
 - alors qu'il s'agit d'un même patient.



Quel rôle pour la CME ?

- Pas de personnalité morale, donc dans l'impossibilité de contractualiser
- Et si cela venait à changer
 - il ne s'agit pas de transférer des problèmes insolubles en l'état pour les uns, qui le seront aussi pour les autres
 - il faudra envisager des outils de pilotage pour qu'un jour, le cas échéant les CME puissent répondre à des obligations contractuelles.



Conclusion

- Oui, pour la pertinence des actes, mais pas sans l'expertise des professionnels notamment libéraux.
- La de pertinence des actes, ne doit pas être le faux nez de l'efficacité économique pure et dure
- Oui la pertinence des actes fait partie des missions de la CME autour de la gestion des risques, notamment en matière de mode de prise en charge.
- Actuellement le rôle de la CME ne peut être que de relayer la bonne parole
- Difficile dans un contexte de baisse des revenus des spécialistes (source CARMF analyse revenus 2009)