



## Réflexion sur la pertinence et la qualité des soins

La CNAM propose d'inciter (financièrement ?) les médecins conventionnés qui suivraient certaines recommandations professionnelles de prescription médicamenteuse et de biologie.

### I. Quelques pistes de réflexion : les 2 piliers de la médecine, point méthodologie.

#### 1/ Code de déontologie.

Nous rappelons ici, que la profession de médecin est régie par son code de déontologie, inscrit dans le Code de Santé Publique. Le médecin a une obligation de moyens quant à la prise en charge de ses patients. Il a pour obligation de ne pas être néfaste pour son patient (article R.4127-40).

La **rémunération sur objectifs** telle que proposée pose donc un **problème de déontologie**, car chaque patient est singulier. Les recommandations professionnelles, comme leur nom l'indiquent, recommandent des pratiques. Ce ne sont aucunement des obligations à suivre. Ces recommandations sont vouées d'ailleurs à changer régulièrement durant les 5 années de la convention, qui elle ne changera pas.

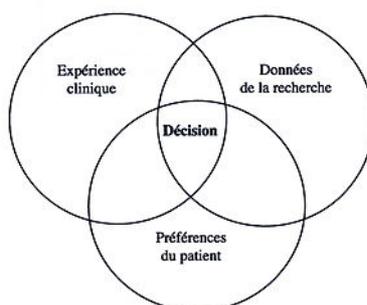
Si par malheur, un médecin suivait ces recommandations à la lettre, alors que l'état de santé de son patient ne devrait pas le permettre, le médecin pourrait se voir poursuivi devant les tribunaux, alors même qu'il aurait suivi le « protocole de la CNAM ». Sa responsabilité serait engagée et aucun protocole ne serait opposable pour le sortir d'affaire.

En effet, légalement, seul le médecin qui décide de prescrire (ou ne pas prescrire), est responsable de cette prescription et de ses conséquences. Il est aussi légalement obligé de prendre le temps nécessaire afin que le patient puisse prendre sa part dans la décision de soins (Loi Kouchner, 2002).

Par ces rémunérations sur objectifs, la CNAM met potentiellement donc les médecins dans un étau, tiraillés entre la carotte de la bonne rémunération et leurs obligations légales : C'est pour cela que le code de déontologie précise que le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. (article R.4127-5).

Enfin, le médecin ayant une **obligation de moyens et non de résultats, il ne peut être rémunéré en fonction des décisions prises par ses patients** de réaliser ou non, par exemple, les dépistages ou de participer ou non à une campagne de vaccination.

#### 2/ l'Evidence Base Médecine (EBM).





«La médecine fondée sur les preuves consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à **chaque patient** ...

Sa pratique implique que l'on conjugue **l'expertise clinique individuelle** avec les **meilleures preuves cliniques externes** obtenues actuellement par la recherche systématique. Par expertise clinique individuelle on entend la capacité et le jugement que chaque clinicien acquiert par son expérience et sa pratique clinique»<sup>1</sup>

« Les preuves considérées comme de plus haut niveau sont issues d'études cliniques systématiques, par exemple les essais cliniques randomisés. L'EBM consiste donc à fonder les décisions cliniques sur les connaissances théoriques et sur les preuves scientifiques, tout en tenant compte des préférences des patients. En aucun cas cependant, ces preuves ne peuvent remplacer le jugement et l'expérience du médecin, ce qui explique que la médecine factuelle complète et remet en question la pratique médicale traditionnelle mais ne la remplace pas. »<sup>2</sup>

« Le médecin a besoin de recommandations claires et synthétiques, ces synthèses sont nécessaires. La pratique montre **qu'elles ne sont en aucun cas suffisantes**. La décision médicale repose sur l'addition de faits (les conséquences des choix) et de préférences (les valeurs de l'individu par rapport accès choix). Dans ce contexte, incertitude et variabilité permettent de définir le degré de flexibilité des choix envisagés. »<sup>3</sup>

Aujourd'hui plus personne ne contredit ce principe. **La CNAM semble oublier cet aspect clinique et le colloque singulier entre le médecin et le patient.**

De plus, **s'appuyer uniquement sur des recommandations HAS** pour juger de la **compétence** et de la **pertinence** des soins d'un médecin **serait une faute**. Elles sont construites non à partir de la pertinence clinique pure mais sur des analyses médico-économique (coût-efficacité ou coût-utilité)<sup>4</sup> : Cela ne constitue donc même pas la totalité du pilier scientifique EBM.

**3/ Les statistiques ne sont pas exhaustives et ne peuvent constituer une unique référence.**

En effet, de l'aveu de la CNAM, les bases statistiques sont incomplètes et correspondent uniquement aux actes réalisés en ville : les patients les plus sévères étant suivis à l'hôpital.

L'échantillon représentatif est pourtant la condition indispensable à une étude quantitative de bonne qualité.

Dès lors, les retours statistiques ne peuvent être constitués d'objectifs donnant lieu à une rémunération.

Ils peuvent en revanche être des indicateurs non exhaustifs mais intéressants dans nos pratiques, notamment sur les patients connus par la CNAM comme étant vaccinés, dépistés, ayant été vus ou ayant réalisé leurs bilans dans les suites d'une hospitalisation ou lors de leurs suivis chroniques.

Ils constitueraient alors une base certes imparfaite mais utile pour la pratique clinique et le parcours de soins.



## II. Propositions sur la qualité et pertinence des soins :

Nous comprenons le besoin d'un assureur de vouloir contrôler la qualité de la prise en charge de ses assurés, mais ceci ne peut se faire que de manière à respecter le code de déontologie et l'EBM. C'est pour cela que nous proposons à la CNAM :

### 1. Valorisation et renforcement de l'obligation de FMC

De créer une **incitation financière** pour les médecins conventionnés qui se **formeront** (non pas 1 fois par 3 ans, comme le demande le CNOM) mais (bi)annuellement sur cette **pertinence de prescription et qualité des soins : des items peuvent être définis en commun pour la prochaine convention**. Cette formation continue pourrait être menée **dans le cadre et hors cadre du DPC** (associations de formation locale, groupes de pairs, Congrès, diplôme universitaire.), en présentiel comme en distanciel.

*Et/ou Proposition d'une valorisation financière de l'expérience du médecin et des formations suivies (Plan de carrière).*

### 2. Valorisation de l'acte long / complexe / multiple

- a. A terme, **augmentation** conséquente des **rémunérations à l'acte** (C à **50 euros à terme** pour l'acte de base). Ceci permettrait au médecin de faire des consultations longues. En effet, **qualité des soins** sous-entend investissement en **temps** (article R.4127-33) : personne ne peut prétendre à faire de la qualité et du sur-mesure sur un temps réduit.<sup>5,6,7</sup>

#### **Conservation des majorations habituelles (MEG, MCG, MCU, MUT...)**

- b. Dans un premier temps, **création à minima et sans limite annuelle :**

- **Consultations complexes (=2C) pour (liste non exhaustive mais minimale) :** Patients ALD, nourrissons (COD), gynécologie, préventions (obésité, contraception, sevrage tabagique...), APC, consultation migrants/AME, VAD (et MD = 1/2C donc VG+MD = 2,5C).
- **Consultations très complexes (=3C) :** CnPsy, annonce diagnostique grave, Dossier MDPH, 1<sup>ère</sup> consultation ALD, 1<sup>ère</sup> consultation migrants/AME, repérage troubles autistiques, troubles mnésiques, syndrome dépressif (NGAP ou CCAM), sortie d'hôpital des patients en ALD (ex -MSH), VL pour ALD (+MD=3.5C), Cs très complexes existantes, Examens obligatoires de l'enfant (COE)

- c. **Cumul NGAP / CCAM possible**, sans limite de spécialité: Eviter la reconvoction pour 2<sup>e</sup> acte (gain temps clinique / argent PMT). **Tous les actes doivent s'additionner sans décote** au cours d'une consultation, Limité à 3 actes: Exemple : Consultation + Guidage Echo + infiltration.

- d. **NGAP et CCAM à revaloriser sur l'inflation** depuis la dernière évolution et indexer annuellement : sécuriser les investissements dans les équipements coûteux (échographe, ECG, dermatoscope,...) et dans les moyens humains. **Pré-réquis INDISPENSABLE.**

- e. Autoriser les cotations ZZQM004 et ZZQM008 : Echo(doppler) au lit du malade en cumul de la consultation y compris pour les médecins spécialisés en médecine générale justifiant d'une formation en échographie : gain de temps et d'argent (délai radio, PMT).



### 3. Valorisation du suivi et du travail en coordination

a. Maintien du FPMT ; fin des ROSP coercitives et conditionnelles.

On propose une réévaluation du FMPT strictement proportionnelle à celle de l'acte de base C, portant préférentiellement sur les patients complexes (<6 ans, >65 ans **ET/OU** ALD).

b. Valoriser et mettre en exergue les échanges entre les différents professionnels de santé : possibilité de coter TE/RQD lors des sollicitations des IDEL/Kinés/pharmaciens, y compris via messagerie sécurisés hors MSSanté type Doctolib ?

c. Cotation des consultations téléphoniques en TCG, à minima pour les patients âgés en ALD (cf période Covid).

### 4. Engagements et économies possibles :

a) Sur l'accès aux soins et la coordination :

- Obligation d'avoir une ligne téléphonique par cabinet pour joindre le médecin ou son secrétariat sur les heures d'ouverture du cabinet et/ou pouvoir laisser un message.
- Envoi **systematique** au médecin traitant par messagerie sécurisée des biologies et examens réalisés en ville comme à l'hôpital sauf mention contraire explicite sur l'ordonnance. Permettre aux hospitaliers de consulter les bilans de ville pour ne pas refaire 2 fois le même bilan.
- Ne pas orienter systématiquement vers un prestataire en sortie d'hospitalisation, Coordination entre la ville et l'hôpital avant la sortie (notamment IDEL) pour cadrer les besoins en matériel notamment : trop de gaspillage en HAD. Fractionner les délivrances pour éviter les QSP 1 mois de petits matériels si inutile.
- Interdire et contrôler les Rendez-vous programmés sur les horaires de PDSA par les entreprises de téléconsultations sans critère d'urgence pour des demandes avant 19h.
- Evaluer les AT prescrits par les entreprises de téléconsultations vs consultations physiques.
- Tracer les prescriptions car la délivrance d'un médicament / prescription d'une biologie ne peut être imputé à un autre médecin qu'au prescripteur (cela fausse notamment la ROSP ATB).
- Travailler avec la CPAM en local / CPL pour définir des priorités communes à l'échelle du territoire

b) Sur l'antibiorésistance et la sur prescription des antibiotiques :

- Stopper, **l'élargissement des prescripteurs**, notamment sur les antibiotiques : risque d'inflation de la prescription et des résistances. Un article l'OMS de Novembre 2022 montre bien **la relation entre la délivrance d'antibiotiques sans consultation médicale préalable, et notamment en pharmacie, et une augmentation de la délivrance et des résistances aux antibiotiques.**<sup>11</sup>

Pourquoi ? Toutes les odynophagies ne sont pas des angines et 25% des enfants sont porteur sains de Streptocoque B : le TDR-TROD ne devant pas être réalisé si un diagnostic différentiel est posé.



- Si des progrès restent à faire, Un rapport de l'OMS, en Novembre 2022, donne la France parmi les meilleurs pays en terme de prescriptions d'antibiotiques à large spectre<sup>9</sup>. Nous restons en revanche fortement prescripteur d'amoxicilline, probablement dans des situations injustifiées (viroses). **La FMC est essentielle à ce sujet.**

Il convient plutôt d'actualiser nos recommandations en fonction de la littérature scientifique : la revue de pédiatrie suisse, en mars 2023, **recommandait par exemple un rétrécissement drastique des indications d'antibiothérapie dans l'angine, au moyen d'un raisonnement clinique propre au médecin.**<sup>10</sup>

- Partant du fait qu'on ne peut diagnostiquer une infection bactérienne sans examen clinique : évaluation des médicaments notamment antibiotiques prescrits en téléconsultation (notamment par l'intermédiaire d'une entreprise de téléconsultations)

c) Sur la polymédication et les médicaments en général.

- Mise en place d'une conciliation médicamenteuse en consultation ou au domicile (VL du médecin ou IDEL/pharmacien) pour repérer les médicaments pris/non pris/ armoires remplies de traitements et éviter délivrances inutiles chez patients polymédiqués.
- Favoriser l'utilisation d'outils gériatriques, formations de bonnes pratiques concernant la polymédication afin de guider la déprescription quand elle est possible de façon individuelle.
- Repérage des patients en nomadisme médical / sur consommateurs et intervention du médecin conseil auprès du patient et des professionnels du parcours de soin.
- Inciter à l'écologie : délivrance des traitements au compte juste / à l'unité, Recyclage des orthèses et matériel médicaux (principe de consigne ?)
- Déremboursement de tous les médicaments jugés inutiles, inefficaces ou dangereux. (Suppression des remboursements à 15 % car large éventail de médicaments très prescrits avec SMR léger et/ou alternative thérapeutique plus efficace). Déremboursement partiel des médicaments jugés « plus dangereux qu'efficace » : On pourra s'aider en plus des évaluations HAS des évaluations Prescrire ®<sup>8</sup>
- Sur les IPP, rappel des bonnes pratiques et des recommandations en faveur de la déprescription, mais il semble impossible d'obtenir des fibroscopies aussi souvent que recommandé. Ne pas oublier le rôle de la co prescription d'AINS et/ou d'aspirine (et remettre en questions leurs indications) dans la prescription d'IPP.

d) Sur la prévention:

- Nouvelles Campagne de sensibilisation notamment sur les antibiotiques et anti inflammatoires, APA en permettant un remboursement au moins partiel pour toutes les maladies chroniques démontrées, régimes alimentaires, sommeil, prévention ou encore sur le fait que ce qui n'est pas indiqué n'est pas remboursé.
- Sensibiliser les patients aux signes précurseurs de maladie chronique ou aux facteurs de risques de maladies chroniques : syndrome métabolique, rôle du sucre etc..

e) Sur la biologie et la radiologie :



- Permettre aux biologistes de remettre en questions des prescriptions atypiques ou de réaliser « en cascade »: EAL et PSA pluri annuels répétés, T3L ou T4L systématiques sans anomalie de la TSH, bilan d'anémie... Et leur proposer d'apposer les recommandations sur les compte-rendus comme cela peut se faire pour certains objectifs. Ne pas rembourser la vitamine D sauf indication contraire.
- Même principe pour les radiologues : Inciter à requalifier/modifier examen inutile et rappeler les indications des IRM de genou ou des examens complémentaires d'épaules au moins dans les compte-rendus. Certains le font déjà et c'est à encourager

### Sources

1. Sackett D.L.; Rosenberg W.M.; Gray J.A; Haynes R.B. ; Richardson W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal, 1996, 312 (7023), 71-2
2. Evidence-Based Medicine La médecine fondée sur les preuves. Bibliothèque interuniversitaire de santé. Paris, juin 2014. [medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf \(parisdescartes.fr\)](#)
3. Taïeb S. ; Vennin P. ; Carpentier P. Deuxième partie : EBM et pratiques médicales. Concepts et outils Médecine, 2005, 1 (3), 135-6
4. (Article R161-71 du code de la sécurité sociale : « *Dans le cadre de ses missions, la Haute Autorité de Santé établit et diffuse des recommandations et avis **médico-économiques** sur les stratégies de prévention, de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces et contribue à leur comparaison ou leur hiérarchisation dans un objectif de santé publique et d'optimisation des dépenses d'assurance maladie* »
5. JAMA, Association of primary care visit length with potentially inappropriate prescribing, 10/03/2023
6. BMJmedicine, Impact of work schedules of senior physicians on patient and resident physician safety : nationwide, prospective cohort study, Laura K.Berger et al, Medicine and Neurology, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, USA, 2022, vol.2, issue 1.
7. Impact et accessibilité de l'ordonnance de non prescription d'antibiotiques auprès des patients, Ombeline Morisset, thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine, Univ. de Caen, Normandie, 24/06/2020
8. <https://www.prescrire.org/Fr/202/1830/55643/0/PositionDetails.aspx>
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) - Annual Epidemiological Report 2021. Stockholm: ECDC; 2022.
10. <https://www.paediatrieschweiz.ch/fr/angine-a-streptocoque-chez-lenfant-traiter-ou-ne-pas-traiter/>
11. <https://www.who.int/europe/news/item/21-11-2022-1-in-3-use-antibiotics-without-prescription--who-europe-s-study-shows>