



IRAPS (Instance régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins)

Compte Rendu de la Réunion du 15 avril 2019 à l'ARS IdF

Il s'agissait d'une réunion de travail entre deux réunions plénières pour tenter de résoudre les difficultés de la réunion du mois de février 2019 à propos de la suppression des prescriptions inutiles de bilans préopératoires dans quatre thèmes de prescription

- Amygdalectomie et adénoïdectomie de l'enfant ayant acquis la marche
- Hémostase chez l'adulte (sans antécédents et sans signe)
- Groupe sanguin et agglutinines irrégulières avant 4 gestes chirurgicaux
- Ionogramme sanguin

Avec dans chaque thème des exclusions, c'est-à-dire des cas pour lesquels un bilan préopératoire est indispensable.

Il s'agit d'un projet régional. Les concepteurs présents défendent leur projet. Une action semblable a déjà eu lieu en Bretagne.

Lors de la précédente présentation nous avons appris qu'il s'agissait de la signature d'un CAQES (voir définition CR précédent 13/02/19) par les établissements pour fixer des objectifs de baisse de prescription des bilans préopératoires inutiles avec des sanctions à la clé pour l'établissement (d'après les recommandations de SFAR Société Française d'anesthésie et de réanimation, sachant qu'il n'existe pas de recommandation HAS).

Ce jour les sanctions ont disparues et par conséquent le problème déontologique que j'avais soulevé à la précédente réunion est en partie résolu. L'administration d'un établissement n'a pas le droit d'influencer les prescriptions des médecins (R 4127-5). Mais subsistent pour les établissements publics, les économies potentielles d'examen de labo traités en interne, ils pourraient être tentés de faire pression sur les médecins pour limiter leurs prescriptions.

L'opposition des fédérations à la signature d'éventuels CAQES par les établissements demeure. Aussi bien la FHF que la FHP disent que les améliorations des prescriptions regardent les CME et les professionnels et non les établissements et que la Sécurité Sociale et l'ARS devraient avoir des actions dans cette direction. Le représentant de la FHF a déclaré avoir vu le DG ARS IdF qui lui aurait dit que si les établissements signaient ces CAQES, il ne les mettrait pas en application. De plus, les avocats de l'AP-HP pointent des Pb légaux et des Pb responsabilité liés à ces contrats. Personne n'a jamais signé de contrat pour ne pas qu'il ne s'applique pas.

La représentante de l'ARS dit que l'ARS n'aura d'action de soutien qu'avec les établissements qui auront signé des contrats.

L'ARS et la Sécu ont envoyé une lettre de sensibilisation aux thèmes aux directeurs d'établissements en 2017, le retour a été insignifiant (2 réponses). La Sécu et l'ARS voudraient passer à une autre étape considérant la première effectuée malgré son échec.

Etaient présents deux anesthésistes publics et pas d'anesthésiste privé.

Comme il s'agissait d'une réunion de travail, je me suis permis de faire des propositions simples pour tenter de rendre le programme un peu plus acceptable (en séance plénière, en tant que représentant de l'Ordre, je ne parle que de question déontologique).

Que la CNAM demande à la HAS de rédiger des recommandations. Réponse : trop long

Que des médecins-conseil prennent contact avec les CME. Réponse : trop lourd

D'instituer une ROSP pour les anesthésistes et les chirurgiens : réponse c'est pour les libéraux pas pour le Public.

Dans le projet, il y a un autre point qui à mon avis le rendra inopérant :

Au lieu de comptabiliser la totalité des prescriptions dans chaque thème en calculant la proportion de prescriptions en dessous de laquelle on ne peut pas descendre (puisque'il y a bien sûr des cas pour lesquels la prescription d'un bilan préopératoire est justifiée) ils excluent ces prescriptions justifiées de leur calcul et considèrent que le chiffre de référence doit être 0 % soient uniquement les prescriptions inutiles. Si ils n'ont pas ces références ils ne pourront rien comptabiliser simplement sinon à vérifier une à une chacune des prescriptions résiduelles pour savoir si elle est justifiée. Lorsque j'ai soulevé le problème, il m'a été répondu que cela n'avait pas été calculé. (Après tout c'est eux qui font !)

Ni l'ARS ni la Sécu n'ont varié de leur position malgré les nombreuses propositions faites par les participants qui ne contestent pas le bien-fondé de cette action mais plutôt les modalités de mise en œuvre.

Pour conclure la réunion

2 propositions de l'ARS

- Envoyer une lettre aux fédérations et aux établissements en chiffrant les économies potentielles d'une bonne pratique
- Proposer aux professionnels d'élaborer des protocoles par thème avec proposition de prescription sous forme d'ordonnances pré remplies

La question sera à nouveau évoquée à la rentrée.

Claude MARTINEAUX