

# Les politiques et actions au niveau local

Des travaux sont menés en région pour développer une culture de la pertinence des soins, partager les données et piloter des programmes d'actions. Les professionnels, impliqués dans les établissements de soins, formalisent les étapes de la prise en charge ; et les sociétés savantes travaillent avec les partenaires locaux pour améliorer les pratiques.

## La pertinence des soins : quelle territorialisation ? Quelles actions au niveau régional ?

**François Grimonprez**  
Ingénieur, diplômé de santé publique et d'économie de la santé, directeur de l'efficacité de l'offre, Agence régionale de santé des Pays de la Loire

**D**epuis les premiers travaux sur les variations géographiques des recours aux soins chirurgicaux publiés en 1969<sup>1</sup>, les notions de variation des pratiques, de juste soin, de pertinence se sont progressivement précisées et imposées comme objet de réflexion – et, plus récemment, d'action.

La « pertinence » (*appropriateness* en anglais) porte les deux faces complémentaires, et en partie divergentes, de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de maîtrise des coûts. Il s'agit ainsi d'un levier fondamental d'amélioration de l'efficacité du fonctionnement de notre système de santé. Encore trop souvent objet de polémiques, déclarations et tribunes, la notion de pertinence des soins a été précisée ces dernières années par la Haute Autorité de santé, et fait

aujourd'hui l'objet de mesures ciblées inscrites dans la loi de financement de la Sécurité sociale.

En revenant sur l'importance de la territorialisation, dans l'appréciation des variations des pratiques médicales, nous essayerons de préciser ce que peut être l'action régionale poursuivant le double objectif de décliner la politique nationale et de prioriser des actions en fonction des enjeux des territoires de la région.

### **Vous avez dit pertinence des soins ?**

Ces dernières années, un nombre croissant d'études a mis en lumière les importantes disparités entre professionnels et entre territoires du nombre d'actes réalisés et de recours aux soins. Ces disparités des pratiques médicales ne sont pas spécifiques à la France comme le montrent les données du programme d'étude initié par l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique) sur ce sujet.

1. Lewis C.E. « Variations in the incidence of surgery ». *N Engl J Med*, 1969, 281 : 273-88.



Ces constats, aujourd'hui partagés, ont conduit certains pays à mettre en place des mécanismes de régulation pour influencer le comportement des acteurs : rémunération à la performance, évaluation des praticiens, etc. Parallèlement, l'*Evidence based medicine* s'est très largement développée.

Mais la pertinence des soins se limite-t-elle à la pertinence des actes et pratiques médicales ? Que dire d'une intervention réalisée en hospitalisation complète alors qu'elle pourrait, dans un cadre organisationnel adapté, être conduite en ambulatoire ? Autre aspect stratégique soulevé avec la mise en œuvre récente du Plan d'efficacité et de performance du système de santé : la pertinence des séjours. Admissions, journées d'hospitalisation, gestion de l'aval deviennent des champs majeurs d'analyse alimentant les réflexions sur les évolutions capacitaires.

On pourrait aussi s'interroger collectivement sur un autre paradoxe de notre système de santé. Nous le constatons régulièrement, le bénéfice d'un acte, d'une pratique, de l'intervention d'un professionnel peut être réduit, voire annihilé – en termes de résultat pour la santé du patient – par l'absence de mise en œuvre de certains mécanismes : absence de transmission d'information entre professionnels ne permettant pas le suivi thérapeutique, absence d'accompagnement social, absence d'alertes préventives, absence d'éducation thérapeutique... Et c'est ainsi le progrès même de la médecine qui se voit atténué, voire neutralisé, par des enjeux d'observance, de coordination entre professionnels... qui conduisent à des ruptures de parcours de santé. C'est l'enjeu même de l'approche par les parcours de santé d'assurer que chaque professionnel inscrive son intervention – soignante ou sociale – de la manière la plus pertinente qui soit au regard de toute la chronique de soins et de vie de chaque personne – au regard de son parcours de vie<sup>2</sup>. Un acte, une intervention,

2. Définition donnée par Denis Piveteau.

un geste de soins ou d'accompagnement ne peut que rarement se définir par les seuls paramètres cliniques ou biologiques. Il faut tenir compte d'autres paramètres de l'environnement du patient, de ses projets, de son entourage, bref de son parcours de vie. Nous avons ainsi légitimité, alors que la stratégie nationale de santé appelle à une « médecine de parcours », d'introduire cette approche dans le champ de la pertinence des soins.

### Du partage d'une culture au partage des données : vers une mobilisation opérationnelle à l'échelle d'une région

Comme nous l'avons effleurée, la notion de pertinence des soins est complexe et polymorphe. Sa place dans les défis posés à notre système de santé reste encore à préciser ainsi que le lien avec les outils actuels et futurs de régulation. Notre premier enjeu collectif reste de construire et partager entre tous les acteurs, une culture commune sur la pertinence des soins.

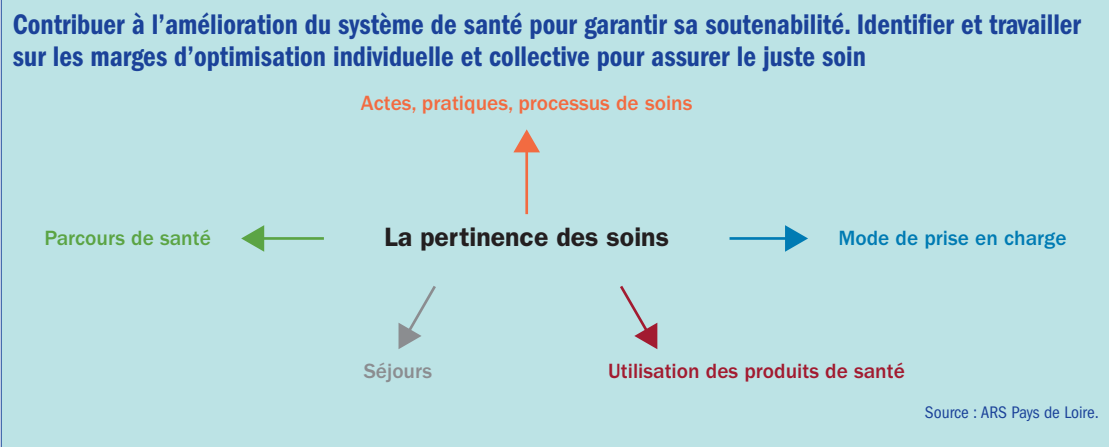
En région Pays de la Loire, l'ARS a constitué, dès 2012, un groupe régional sur la pertinence des soins<sup>3</sup> associant les représentants des acteurs (fédérations et unions des professionnels) et des structures régionales d'appui et d'expertise. Ce groupe poursuit un triple objectif : développer une culture commune autour des enjeux de la pertinence des soins ; partager les données et études disponibles ; co-construire et piloter un programme régional d'actions.

Les travaux s'organisent autour de cinq axes (figure 1), structure actuelle du programme régional d'actions. Ils s'inscrivent dans un objectif clairement énoncé du projet régional de santé (objectif n° 18 du schéma régional d'organisation des soins « garantir le juste soin »).

Chaque année, l'ARS publie différentes études qui alimentent notre réflexion et le dialogue avec les acteurs. Le partage des données d'observation est un élément

3. Préfiguration de la prochaine instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins prévue dans un décret à paraître.

figure 1



essentiel d'adhésion des professionnels. La première étude, actualisée chaque année, concerne l'analyse détaillée des taux de recours sur nos cinq territoires de santé<sup>4</sup>. Cette étude permet une sensibilisation et un partage des questionnements régionaux : comment expliquer l'importance des avulsions des dents de sagesse sous anesthésie générale en hospitalisation dans la région ? Pourquoi ce taux de recours standardisé en région pour les drains transtympaniques (âge inférieur à 18 ans) ?

Sur les actes et pratiques, l'ARS soutient un programme régional d'évaluations des pratiques professionnelles (EPP). Après la participation de l'ensemble de nos maternités à l'étude sur les césariennes programmées, les évaluations régionales récentes portent sur la pose des endoprothèses coronaires et la pose des neuro-stimulateurs dans le cadre du traitement de la douleur chronique.

L'axe de travail le plus développé en région porte sur la pertinence des séjours d'hospitalisation. Il prend appui sur la méthode utilisée depuis plus de 30 ans aux États-Unis pour évaluer la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation dans les services de médecine et de chirurgie. Cette démarche a été adaptée et validée en France en 1999 et s'est fortement développée à partir de 2004.

La région Pays de la Loire ne bénéficiait pas d'une analyse représentative des inadéquations hospitalières. En 2014, sur la base d'un appel à candidature lancé par l'ARS, neuf établissements ont accepté de mesurer les inadéquations de leurs secteurs d'hospitalisation complète de médecine<sup>5</sup> et de définir, sur la base des résultats obtenus, des actions correctives adaptées. Cet échantillon représentait 23 % des séjours et 24 % des journées de médecine en hospitalisation complète de la région. Les grilles AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*) « admissions » et « hospitalisations un jour donné » ont été appliquées sur un échantillon aléatoire de dossiers, correspondant à une période d'activité de quatre mois en moyenne. Les dossiers ont été objectivement évalués par un « binôme », le plus souvent composé d'un médecin et d'un soignant, et revus par un « expert » médical.

L'analyse globale des neuf établissements montre un taux moyen pondéré d'inadéquations de 8,3 % à l'admission et de 21,5 % pour les journées d'hospitalisation complète. En extrapolant ces résultats pour une année pleine et compte tenu des volumes d'activité des établissements, ces situations d'inadéquation correspondraient à l'utilisation de 62 lits (admissions) et de 198 lits (journées d'hospitalisation).

Nous avons souhaité conduire la même démarche sur le secteur des soins de suite et de réadaptation. Or, aucun outil n'existait en langue française pour la

réalisation de revues de pertinence dans les services autres que ceux de court séjour. C'est pourquoi à la demande de l'ARS, le réseau QualiSanté (structure régionale d'appui et d'expertise dans le domaine de la qualité), a développé et validé un outil spécifique pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR). Le projet a mobilisé 17 établissements de SSR<sup>6</sup>. Selon une méthodologie dérivée du consensus formalisé d'experts, l'expérimentation a tout d'abord permis d'élaborer une grille de 16 critères de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR, puis d'expérimenter et de valider l'outil sur un échantillon de plus de 400 journées.

Depuis, la grille est mise à la disposition des établissements qui peuvent ainsi réaliser librement des revues de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR et disposent en temps réel de leur rapport de résultats. La dernière analyse régionale disponible porte sur 18 établissements volontaires (soit 23 entités). Le taux de pertinence moyen est de 76,3 % pour l'échantillon global (en moyenne 83,3 % pour les SSR spécialisés et 70,6 % pour les SSR polyvalents) avec une forte variabilité inter-établissements (min : 53,3 % - max : 100 %).

Ces résultats sont aujourd'hui essentiels aux acteurs et à l'ARS pour comprendre et définir les actions nécessaires alors que la disponibilité des places d'aval du court séjour devient un enjeu majeur de la performance de fonctionnement des établissements.

On pourrait également citer d'autres études réalisées ou en cours : le recours aux services d'urgences par une analyse des venues des personnes âgées résidentes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), le lien entre le recours aux services d'urgences et la médicalisation en Ehpad (notamment dans le cadre d'une expérimentation infirmier (IDE) de nuit en Ehpad), l'étude de la pertinence d'une thérapeutique anticancéreuse palliative [étude Palliachim] ou encore la récente étude de pertinence des séjours de plus de 30 jours en hospitalisation à domicile (HAD).

En lien étroit avec l'Assurance maladie et l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMÉDIT), des actions ont été conduites sur la pertinence d'utilisation des produits de santé. Cet axe du programme régional sur la pertinence des soins a été intensifié. En effet, en 2013, les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux de la liste des médicaments et dispositifs facturables en sus des prestations d'hospitalisation dite « liste en sus » ont représenté, en Pays de la Loire, un montant de 232,4 M€. L'augmentation de cette dépense sur une année est de 9,6 %, croissance bien supérieure à celle observée au niveau national (6,2 %)<sup>7</sup>. Les dépenses pour les seuls hôpitaux publics représentent un montant

4. Étude régionale sur les taux de recours : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/La-chirurgie-en-Pays-de-la-Loi.128182.0.html>

5. Étude régionale « Les inadéquations hospitalières en Pays de la Loire » : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Les-inadequations-hospitaliere.179523.0.html>

6. Étude régionale « Pertinence des journées d'hospitalisation en SSR » : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Revue-de-pertinence-des-journee.178264.0.html>

7. Étude régionale « L'évolution des dépenses de la liste en sus » : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/L-evolution-des-depenses-de-la.175420.0.html>



de 153 M€ et contribuent à 46,6 % de la croissance de l'enveloppe déterminée par l'objectif de dépenses Maladie Chirurgie Obstétrique (ODMCO) entre 2012 et 2013, alors que son financement ne représente que 8,5 % de l'enveloppe.

Au-delà du renforcement des outils régionaux de suivi de ces dépenses, l'évaluation du bon usage des médicaments par l'analyse des prescriptions hors référentiels a été renforcée et les pratiques décisionnelles partagées entre pairs. Des études ciblées ont été conduites : patientes traitées par Avastin pour un cancer du sein métastatique, prescriptions chez les patients au-delà de la 2<sup>e</sup> ligne métastatique du cancer du rein...

Cet axe d'analyse du bon usage des produits de santé se caractérise par un nombre important d'évaluations des pratiques professionnelles conduites périodiquement : antibiothérapie sur les infections urinaires, réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures, pertinence de la prescription chez les personnes âgées, etc.


### Quelles perspectives ?

La démarche mise en place, dès 2012, en Pays de la Loire, nous permet d'identifier trois piliers de construction d'une trajectoire d'action en région. Le premier pilier est conceptuel. La notion de pertinence des soins n'est pas encore appréhendée actuellement de manière partagée par les acteurs, régionaux comme nationaux. Il est alors bien difficile de construire une action collective sur un domaine appréhendé de manière diverse. Des craintes naissent, de culpabilisation, de remise en cause d'un savoir, de normalisation excessive d'une pratique médicale, etc.

L'accord d'une approche organisée autour de 5 axes clairement identifiés a permis, en région, une vision

partagée des enjeux et finalités qu'il nous appartient encore de renforcer.

Le deuxième pilier est celui du partage transparent des données. Force est de constater que notre capacité collective d'analyse et d'étude reste encore trop faible. Nous aurions grand bénéfice d'un partenariat renforcé entre les services dédiés de l'ARS et de l'Assurance maladie. Mais nous devons parallèlement mettre en place les outils du partage. Bien des informations existent mais ne sont pas connues, pas intégrées et donc pas prises en compte. Cela passe notamment par un accès facilité aux données actualisées d'un savoir opérationnel et l'animation de collectifs professionnels partageant les mêmes enjeux. Cela passe également par une capacité de rendre visibles et compréhensibles certains enjeux à partir de nos sources, bien nombreuses et souvent très cloisonnées, d'information. Il s'agit de construire un système d'information décisionnel pour les acteurs. De notre expérience, le partage d'une information précise, actualisée, individualisée, la mise en lumière des résultats comparés et pertinents sont des leviers essentiels à la conduite des changements des pratiques individuelles et collectives.

Enfin, le troisième pilier est l'utilisation du contrat. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est reconnu comme un outil privilégié de dialogue entre l'ARS et les établissements de santé. Il offre aux acteurs la visibilité nécessaire à la définition de leur stratégie d'actions. En Pays de la Loire, l'ARS a introduit une annexe spécifique dans les CPOM avec les établissements couvrant les enjeux de la pertinence des soins. Ces enjeux doivent également trouver une place grandissante dans les outils de contractualisation interne des établissements. 

## Et si les chemins cliniques amélioraient la pertinence des prises en charge ?

**Philippe Michel**  
**Christine Valot**  
**Paul Perrin**

Direction  
organisation, qualité,  
risques et usagers,  
Hospices civils de  
Lyon

*Les références entre  
crochets renvoient à la  
Bibliographie générale  
p. 57.*

**C**entré sur les besoins du patient, un chemin clinique consiste à décrire, pour une pathologie donnée, les interventions réalisées par tous les professionnels impliqués dans le processus de prise en charge [1]. Cette description est fondée sur les pratiques locales, les recommandations nationales et, en leur absence, sur les pratiques ayant le meilleur niveau de preuve. Développé localement par des équipes multidisciplinaires, il est adapté à l'organisation sur le site et aux ressources humaines en présence. Il définit le « qui fait quoi, quand et comment ». L'outil de base est une matrice tâche-temps créée en collaboration avec tous les acteurs de santé et mise en œuvre par les équipes. Elle permet de définir la séquence optimale

et les étapes pour les tests, les procédures et les traitements pour une maladie donnée ; d'identifier le cheminement optimal dans l'établissement et de fixer le délai alloué à chacune de ses étapes.

Le chemin clinique est habituellement implémenté dans le système d'information pour servir d'aide à la décision et d'outil de traçabilité des actions. Pour cela, il forme tout ou partie du dossier du patient, ce qui permet d'analyser en temps réel sa faisabilité, ainsi que la production de résultats (attendus et inattendus) ; de donner en retour une information continue quant aux modifications et aux actualisations à apporter aux chemins cliniques ; de savoir si les pratiques réalisées sont conformes aux pratiques attendues.