

# 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.

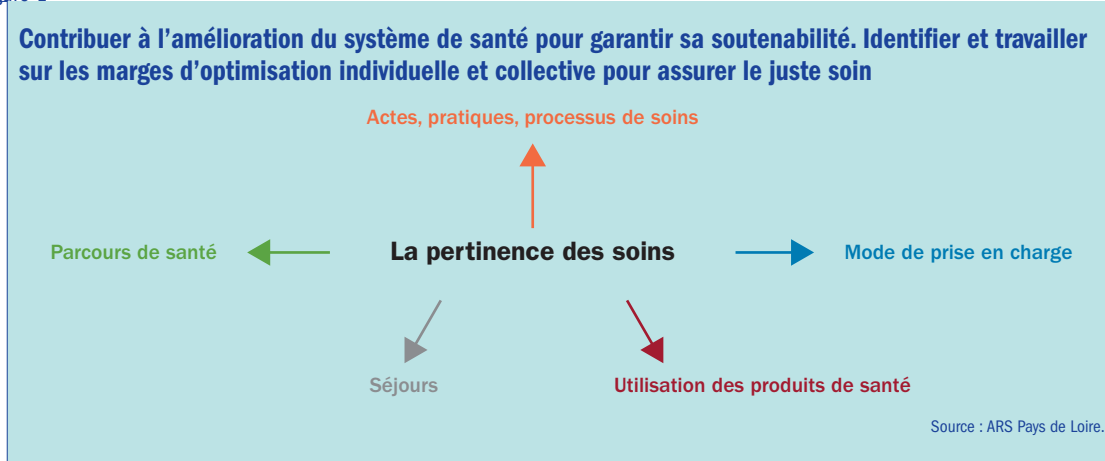
En région Pays de la Loire, l'ARS a constitué, dès 2012, un groupe régional sur la pertinence des soins<sup>3</sup> associant les représentants des acteurs (fédérations et unions des professionnels) et des structures régionales d'appui et d'expertise. Ce groupe poursuit un triple objectif : développer 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 thérapie 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.

## Définition du chemin clinique [30, 45]

- La formalisation d'un certain nombre d'étapes de prise en charge à partir des bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles sur un champ pathologique défini dans un espace de temps limité\*
- La définition d'étapes clés et la mesure de leur atteinte
- Une anticipation et une organisation dans le temps des étapes de prise en charge qui permettent une meilleure information des patients et une plus grande fluidité de leur parcours
- Une démarche transversale bénéficiant d'un soutien institutionnel
- Une démarche multi professionnelle facilitant la conduite du changement et contribuant à donner du sens au travail des équipes

\* Le chemin clinique est l'organisation d'étapes de prise en charge sur un parcours de soins. Il est le plus souvent limité à la durée d'une hospitalisation ou d'une partie d'une hospitalisation. Il correspond donc à une partie du parcours de soins d'un patient hospitalisé. Le parcours d'un patient concerne lui la totalité des étapes qu'il rencontre dans la prise en charge de sa ou ses pathologies.

Applicables dans de multiples situations, les chemins cliniques sont particulièrement indiqués pour les prises en charge « standardisables », concernant des volumes importants de patients, mettant en œuvre des pratiques coûteuses, représentant des risques pour les patients ou les établissements et constituant des priorités pour l'institution.

En pratique, ils sont surtout développés pour des prises en charge chirurgicales dont le nombre est important (prostatectomie radicale, cancer du sein, cataracte...) qui touchent des populations relativement homogènes sur le plan pathologique.

C'est une méthode d'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles qui répond à un grand nombre de facteurs clés de succès de l'amélioration continue des pratiques [32]. Elle présente également des inconvénients potentiels, au regard des théories du management : diminution de la satisfaction au travail liée à la standardisation des pratiques (même si, *a contrario*, elle a permis une optimisation de l'organisation synonyme de gain de temps), manque de créativité et encadrement des pratiques, et augmentation des coûts liés à la charge de travail pour la traçabilité des actions [49].

### Une littérature scientifique limitée

Que dit la littérature de l'impact des chemins cliniques sur la qualité et la sécurité des soins et plus spécifiquement sur la pertinence des prises en charge ?

Les travaux publiés sur l'impact des chemins cliniques sur la qualité et la sécurité des soins sont paradoxalement peu nombreux, au regard de l'ampleur de leur implantation. Ils sont de plus fondés sur des critères de jugement hétérogènes limitant les méta-analyses. La revue Cochrane publiée en 2010 conclut que la mise en œuvre des chemins cliniques est « associée à une réduction des complications hospitalières et à une traçabilité des soins améliorée, sans impact négatif sur les durées de séjour et les coûts hospitaliers » [48].

Une interrogation du moteur de recherche Pubmed réalisée par l'auteur en septembre 2015 pour actualiser la littérature, centrée sur la notion de pertinence

et fondée uniquement sur deux requêtes<sup>1</sup> n'a identifié, entre 2000 et 2015, que 24 articles dont trois apportant des résultats en termes de réduction de coût et de consommation de soins [3, 33, 46].

Les raisons de cette littérature limitée sont potentiellement multiples : terminologie hétérogène gênant la recherche de la littérature, nombreuses variantes dans la mise en œuvre de la démarche, valeur des chemins cliniques consacrée par l'usage et rendant la recherche sur son impact peu attractive, implantation rarement isolée d'autres démarches d'amélioration rendant difficile la mesure d'impact...

### En quoi les chemins cliniques pourraient-ils améliorer la pertinence des prises en charge ?

La pertinence des prises en charge concerne :

- la prescription des actes de diagnostic, de thérapeutique, de prévention et de réhabilitation ;
- le processus d'administration de ces actes ;
- les hospitalisations et journées d'hospitalisation ;
- le parcours du patient entre les secteurs de leur prise en charge (soins primaires, établissements de santé).

Au regard de leurs caractéristiques, il est attendu que les chemins cliniques permettent d'améliorer les prescriptions et les processus. Les prises en charge fondées sur les preuves vont permettre de diminuer la variabilité injustifiée des traitements et des résultats, sans que leur mise en œuvre ne contraigne abusivement la nécessaire flexibilité qu'implique la variété des patients et de leurs attentes. L'analyse des écarts entre prises en charge prévues et réalisées doit être également un espace d'échanges multi professionnels pour remettre en discussion les protocoles, les pratiques et les organisations.

La fluidification des prises en charge devrait aussi permettre de limiter les durées de séjours. Enfin, les chemins cliniques, notamment aux urgences, pourraient entraîner une baisse des hospitalisations [3].

1. ((appropriateness [Title/Abstract]) AND clinical pathway [Title/Abstract]) et ((appropriateness [Title/Abstract]) AND care pathway [Title/Abstract]),



## Pertinence des soins et variations des pratiques médicales

Les facteurs clés de la réussite des démarches d'amélioration de la pertinence [17, 40] sont similaires à ceux des chemins cliniques :

- un engagement fort des directions et présidences des commissions médicales d'établissements,
- le portage par des leaders d'opinion,
- l'implication des professionnels qui doivent se sentir responsables (comment faire ? pour quoi faire ?),
- la démarche de certification HAS,
- des recommandations de pratiques courtes de type cadrage, schémas d'aide à la pratique, décision médicale sur la base d'une analyse bénéfique/risque,
- un travail pluri disciplinaire,
- les partages d'expériences et la communication autour d'expériences réussies intra et inter-établissements,
- le compagnonnage et l'accompagnement des internes,
- des bases de données cliniques adaptées.

Ces arguments théoriques (et de bon sens) sont renforcés par le fait qu'une mise en place de chemins cliniques nécessite un changement de culture, levier désormais reconnu comme indispensable à l'évolution des organisations et des pratiques.

### Deux exemples illustrant le lien entre chemin clinique et travail sur la pertinence

Deux exemples issus de l'expérience de mise en place de chemins cliniques illustrent la capacité de travailler sur la pertinence en mettant en place un chemin clinique.

Le premier exemple concerne la prothèse de hanche lié à la coxarthrose dans trois sites hospitaliers (figure 1). L'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS) et de sa variabilité, représentée sous la forme de graphiques de contrôle, permet d'illustrer l'évolution entre le 1<sup>er</sup> semestre 2010 et le 4<sup>e</sup> semestre 2014. Les trois résultats montrent clairement trois types d'organisation et de maîtrise de la DMS : la première (site 1) concerne un service où la DMS diminue régulièrement et dont le contrôle de la variabilité de cette DMS s'est mis en place en 2013, rejoignant celle du site 2. Ce second avait une DMS d'emblée faible en 2010 et a poursuivi sa diminution, avec un contrôle de la variation stable sur les cinq années. Le troisième a une DMS toujours plus élevée et une absence de contrôle de sa variabilité. La mise en place de travaux sur les chemins cliniques dans les sites 1 et 2 coïncide avec des évolutions de DMS mais n'expliquent pas à l'évidence la totalité de leur évolution : cet exemple illustre la difficulté à étudier l'impact des chemins cliniques, car leur mise en place intervient dans un contexte pluriel en termes de démarches visant à faire baisser la durée de séjour des patients.

Le second exemple concerne le volume des prescriptions biologiques pour une pathologie donnée. La comparaison prenant en compte les différences d'âge, entre deux sites proches géographiquement et ayant un case-mix similaire, montre que ce volume de pres-

figure 1

### Évolution de la durée moyenne de séjour (carte supérieure) et de la variabilité de la DMS (carte inférieure) des patients ayant une prothèse totale de hanche pour coxarthrose entre 2010 et 2014 dans trois sites hospitaliers

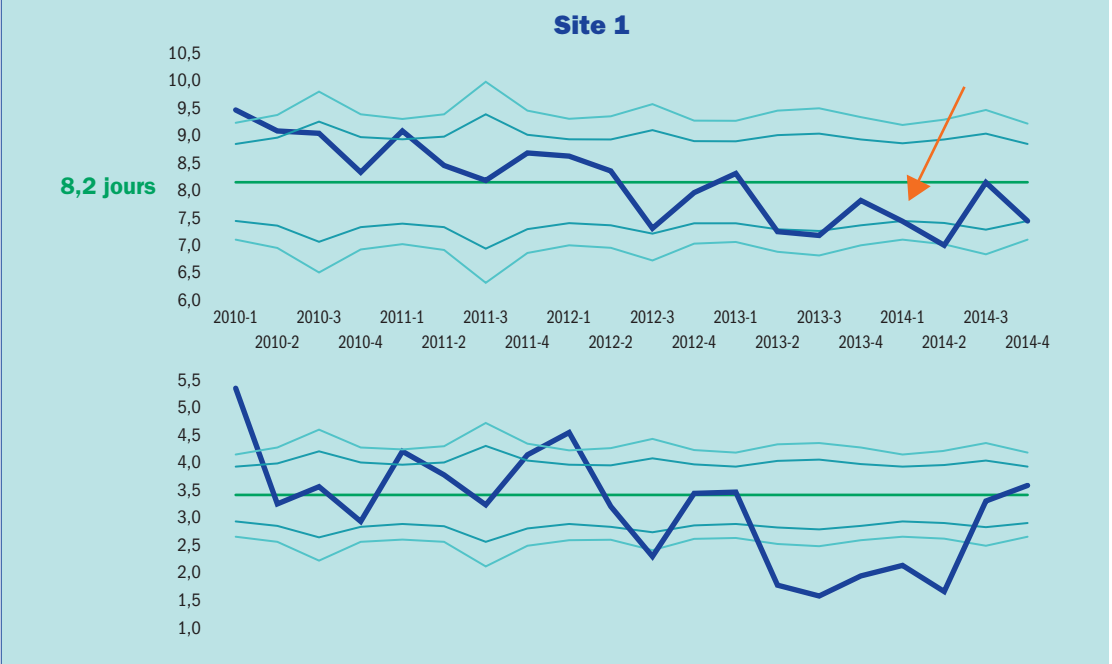
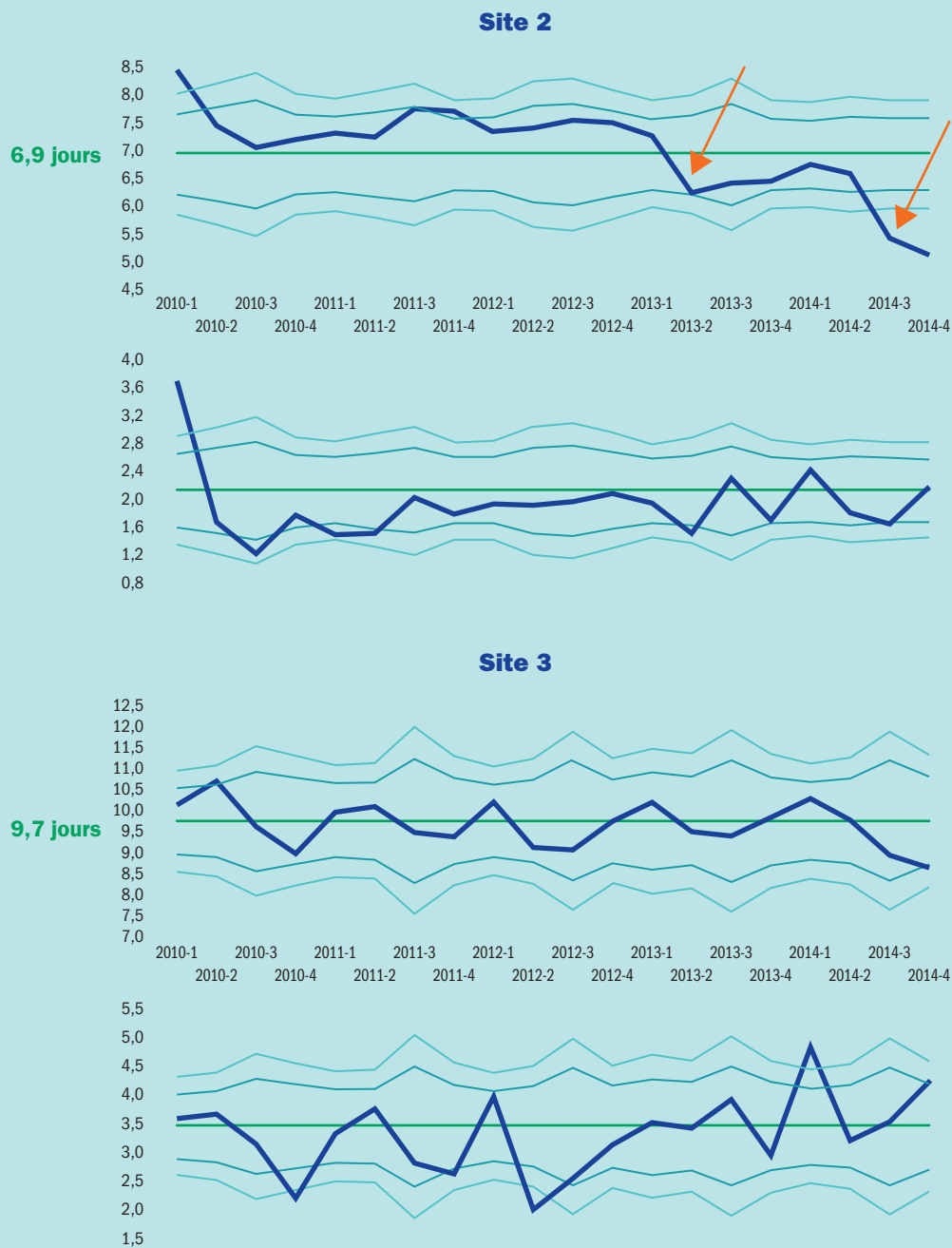


figure 1 (suite)



La durée moyenne de séjour (DMS) mesurée trimestriellement est représentée dans le graphique de contrôle supérieur de chaque site. La valeur centrale (la moyenne des DMS) est représentée par une ligne horizontale ainsi que les limites de contrôle inférieure et supérieure. Ces limites de contrôles sont doubles, égales à 2 et 3 fois l'écart-type autour de la moyenne. Le graphique inférieur de chaque site représente la variation dans le temps de l'écart-type de la DMS. L'interprétation de ces graphiques est la suivante : lorsque la DMS est à l'intérieur des limites, cette durée de séjour est considérée comme stable ou « sous contrôle ». Si elle est à l'extérieur, l'écart de DMS est considéré comme ne pouvant refléter une fluctuation liée au hasard et les causes doivent être recherchées. Les flèches représentent le moment de mise en place d'un travail sur le chemin clinique. De même, lorsque l'écart-type de la DMS (graphique inférieur) est à l'intérieur des limites, la variabilité de la DMS est considérée comme stable d'un patient à l'autre sur le trimestre. Si elle sort des limites, cette variabilité ne peut être considérée comme liée au hasard.




cription est deux fois moindre dans un site. Ces résultats permettent, dans une démarche structurante comme celle du chemin clinique, de travailler sur les raisons de ces différences et d'engager les équipes dans la mise en œuvre de pratiques plus homogènes et le suivi des recommandations.

### Discussion et conclusion

Il serait bien entendu souhaitable d'avoir plus de preuves sur l'efficacité et l'efficience des chemins cliniques, mais ces travaux interviendraient sans doute trop tard compte tenu du déploiement. De plus, l'extension des travaux sur les chemins cliniques à l'ensemble du parcours de soins se développe rapidement. Cette évolution est particulièrement visible dans le cancer, où la chronicisation, l'individualisation des soins, l'intrication de la pathologie cancéreuse avec les problématiques liées aux comorbidités et l'innovation technologique augmentant la part ambulatoire des soins contribuent

à la complexité des prises en charge et à la nécessité de constamment ajuster et améliorer le parcours de ces patients entre les secteurs du système de soins [8].

Ainsi, les caractéristiques des deux démarches, le bon sens et l'expérience, permettent de penser que les chemins cliniques et le travail sur la pertinence des prescriptions, des processus et des durées de séjours hospitaliers vont de pair. Il existe actuellement chez les professionnels une lassitude patente à engager une réflexion uniquement centrée sur la pertinence de ce qu'ils font, notamment parce que cette démarche est perçue comme uniquement dans un objectif de diminuer la surconsommation de soins. Cet article se veut un plaidoyer en faveur des démarches de type chemins cliniques qui faciliteront l'engagement des professionnels sur ce sujet. Dans notre expérience, ils voient plus le sens à travailler sur la pertinence lorsque la démarche entre dans le cadre d'une réflexion et d'une réorganisation globale des soins. 

## Chirurgie de la cataracte : un partenariat original entre tutelles et chirurgiens

**Vincent Daien**  
Inserm, U1061,  
Montpellier,  
Département  
d'ophtalmologie,  
Hôpital Gui de  
Chauliac, Montpellier

**Annick Le Pape**  
**Didier Heve**  
Agence régionale de  
santé

**Laurence Papinaud**  
Échelon régional du  
Service médical du  
Languedoc-Roussillon

**Bertrand Millat**  
Centre hospitalo-  
universitaire de  
Montpellier

**Isabelle Carriere**  
Inserm, U1061,  
Montpellier

**Jean-Pierre Daures**  
Institut universitaire  
de recherche clinique,  
EA2415, Montpellier

**Max Villain**  
Département  
d'ophtalmologie,  
Hôpital Gui de  
Chauliac, Montpellier

L'ophtalmologie est la spécialité médico-chirurgicale qui prend en charge les défauts visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) et les maladies oculaires potentiellement cécitantes (glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge, cataracte, rétinopathie diabétique...). On différencie les prises en charge médicales (prescription de collyres ou médicaments par voie générale) et chirurgicales (ex : cataracte, décollement de rétine, glaucome réfractaire).

Au cours des quinze dernières années, l'ophtalmologie a bénéficié d'avancées considérables. Les techniques chirurgicales ont progressé, se sont miniaturisées et pour certaines quasi-automatisées. Le principal objectif de ces avancées est d'améliorer la santé visuelle de la population en réduisant le nombre de cécités et de visions faibles. Pour autant, les avancées technologiques liées à l'ingénierie doivent être confirmées par des études épidémiologiques rigoureuses. C'est ce que nous allons illustrer en prenant l'exemple de la cataracte.

### Une étude sur l'incidence de la chirurgie de la cataracte...

La cataracte est la première cause de cécité dans le monde et demeure un problème de santé publique majeur dans les pays n'ayant pas un système de soins donnant accès à la chirurgie. La chirurgie de la cataracte est l'acte chirurgical le plus pratiqué, toutes disciplines confondues, en France et dans les pays occidentaux. L'indication opératoire est à ce jour à discrétion de

l'ophtalmologiste et du patient en fonction de la gêne fonctionnelle visuelle. En France, nous observons d'importantes variations géographiques de recours à cette intervention. Le Languedoc-Roussillon se situait en 2010 au 3<sup>e</sup> rang des régions avec 14 % d'opérations en plus que la moyenne nationale avec de fortes variations entre départements : de 8,79 opérations pour 1 000 habitants en Lozère à 12,76 dans les Pyrénées-Orientales, ce qui correspond respectivement à -15 % et +24 % par rapport à la moyenne nationale après standardisation sur l'âge et le sexe.

La cataracte est une opacification du cristallin qui apparaît avec l'âge et est responsable d'une baisse de vision. Dans la plupart des cas la cataracte est dite sénile, car survient à partir de 60 ans. Le seul traitement à ce jour est chirurgical et consiste à extraire le cristallin et à le remplacer par un implant. En quelques années la chirurgie de la cataracte s'est standardisée et est devenue nettement moins invasive. Celle-ci est majoritairement réalisée sous anesthésie locale en ambulatoire. Au préalable de la chirurgie, une biométrie oculaire est réalisée et la pose d'un implant intraoculaire remplaçant le cristallin permet au patient de corriger une myopie, une hypermétropie, un astigmatisme et pour certains implants la presbytie. Il s'agit donc d'une formidable chirurgie permettant à la fois d'extraire l'opacité liée à la cataracte mais également de corriger un défaut réfractif.

Un partenariat entre le service d'ophtalmologie du CHU de Montpellier et l'ARS Languedoc-Roussillon nous



a permis d'étudier l'épidémiologie de la chirurgie de la cataracte et l'évolution des pratiques à partir de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) nationale 2009-2012. Les indicateurs et actes pertinents ont été déterminés par l'équipe d'ophtalmologie et l'analyse statistique a été réalisée par la cellule d'aide à la décision de l'ARS. Puis l'interprétation des résultats, la rédaction du rapport d'analyse et des articles ont été le fruit de réunions communes. La grande qualité de la base de PMSI et une méthodologie d'analyse rigoureuse nous ont permis de publier ces travaux dans la revue *Ophthalmology* [14, 15] première revue internationale d'ophtalmologie, jugée sur son *impact factor* élevé qui est le reflet du nombre de citations de ses publications dans la presse médicale internationale.

Ainsi, nous avons pu déterminer l'incidence annuelle de la chirurgie de la cataracte en France. Nous avons observé, entre 2009 et 2012, une augmentation du nombre de procédures, passant de 631 137 à 715 031 (+13,3 %), pour un nombre de patients (opérés d'un ou des 2 yeux) stable voire en légère diminution passant de 472 569 à 442 977 (-6,3 %). Ainsi, l'incidence de la chirurgie de cataracte est passée de 9,81 à 10,97/1000 personnes-années et celle des patients opérés (d'un ou des deux yeux) a diminué de 7,35 à 6,79/1000 personnes-années (figure 1). Il existait un pic d'incidence après 70 ans avec un discret retard à la prise en charge des hommes. Nous avons observé que le délai de chirurgie entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> œil était en diminution. L'intervalle médian de chirurgie entre le 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> œil était de 29 jours (interquartile 14-85 jours) sur les quatre années. La probabilité d'être opéré du 2<sup>e</sup> œil dans la même année est passée de 40,8 % à

51,7 % entre 2009 et 2012. Enfin, nous avons observé une corrélation entre l'âge du sujet et la rapidité d'intervention entre les deux yeux : plus les patients étaient opérés à un âge jeune, plus le délai de chirurgie entre les deux yeux était rapproché.

Cette tendance à opérer avant 70 ans n'est pas liée à la survenue d'une cataracte plus précoce dans la population française. Comme nous l'avons dit précédemment, il s'agit d'une intervention associée à un fort taux de satisfaction car elle permet non seulement de lever l'obstacle au passage de la lumière via l'extraction du cristallin opacifié, mais aussi de corriger un défaut réfractif via la pose d'un implant adapté et bien souvent de permettre au patient de se passer de lunettes en vision de loin et selon le type d'implant en vision de près également.

### ... et les facteurs de risque d'une de ses principales complications

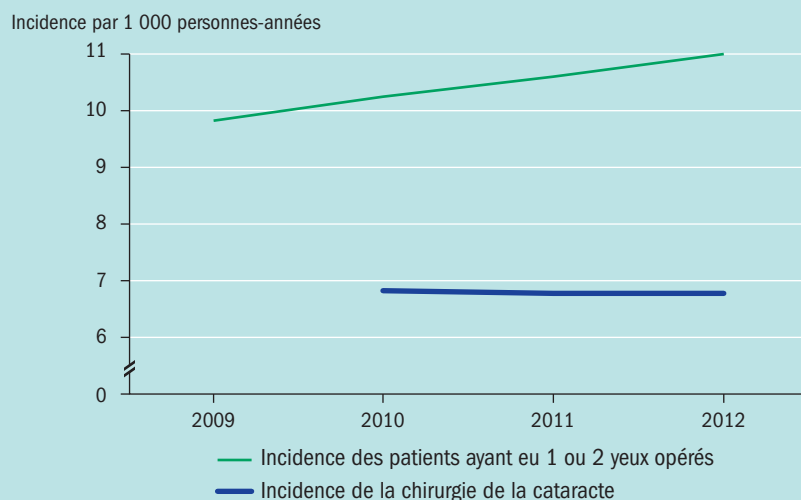
Cette chirurgie très standardisée n'est cependant pas dénuée de complications qui, lorsqu'elles surviennent, peuvent être associées à une baisse de vision parfois définitive. Il suffit de rappeler que c'est une intervention chirurgicale et qu'aucune opération chirurgicale n'est sans risque.

En collaboration avec l'ARS Languedoc-Roussillon, nous avons rédigé une seconde publication, sous presse, dans la revue *Ophthalmology* réalisée à partir de la base PMSI 2009-2012. Nous avons étudié le risque de décollement de rétine après chirurgie de cataracte. Le décollement de rétine est une des principales complications de la chirurgie de la cataracte qui conduit à une chirurgie de la rétine en hospitalisation non ambulatoire et dans 50 % des cas laisse

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

figure 1

### Incidence de la chirurgie de cataracte et du nombre de patients opérés





une séquelle définitive sur la vision à moins de 5/10<sup>e</sup> non améliorable [31]. Nous avons déterminé que le risque à quatre ans de décollement de rétine était de 0,99 % (11 424 patients opérés de décollement de rétine secondaire à une chirurgie de la cataracte) [30]. Le délai médian d'apparition de cette complication était de 237 jours (interquartile 75-738).

Nous avons également pu déterminer les facteurs de risque de cette complication. Nous avons mis en évidence que la myopie forte et un âge trop précoce (figure 2) de chirurgie étaient des facteurs de risque majeur. Ainsi, comparativement aux patients opérés après 75 ans, les patients opérés entre 40 et 54 ans avaient un risque de décollement de rétine multiplié par 5,22 (Intervalle de confiance à 95 % 5,05 à 5,39), ceux opérés entre 55 et 64 ans par 3,69 (Intervalle de confiance à 95 % 3,60 à 3,79) et ceux opérés entre 65 et 74 ans par 1,98 (Intervalle de confiance à 95 % 1,93 à 2,03). La myopie forte multipliait le risque de décollement de rétine après chirurgie de la cataracte par 6,12 (Intervalle de confiance à 95 % 5,84 à 6,41). De plus, il existait une interaction statistique entre âge

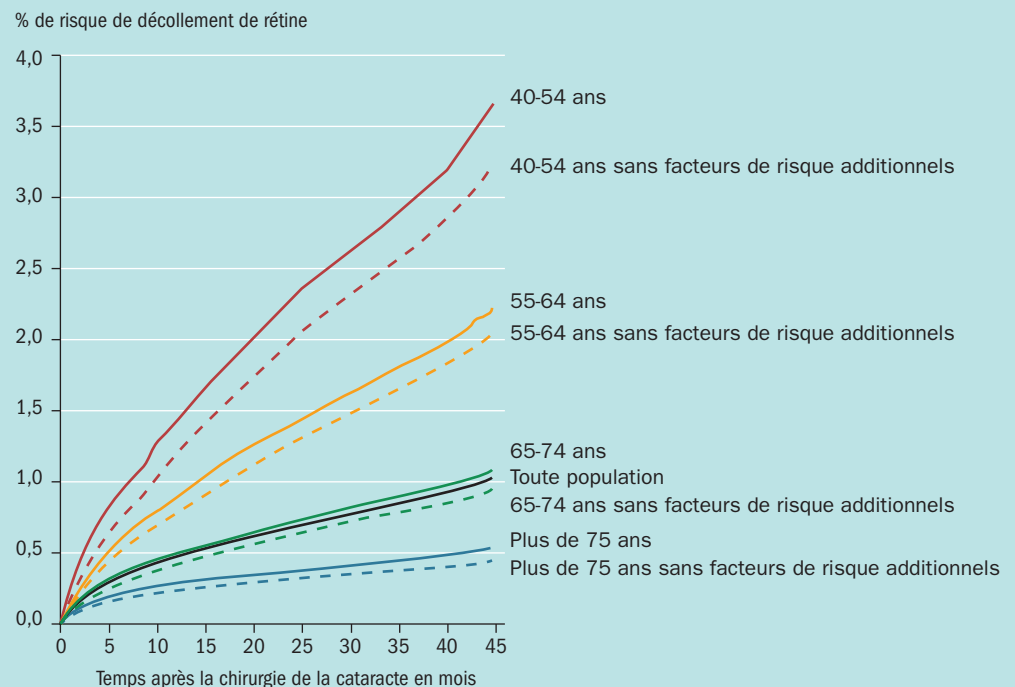
de chirurgie précoce et myopie avec une potentialisation du risque en cas de cumul des deux facteurs.

D'autres complications peuvent altérer le pronostic visuel tel que l'œdème maculaire post-opératoire qui survient dans 1 % à 2 % des cas selon les séries [1]. Dans un travail en cours de publication en partenariat avec l'échelon régional du service médical de l'Assurance maladie de Montpellier et la base Erasme, nous avons estimé l'incidence de l'œdème maculaire post-opératoire en Languedoc Roussillon à 0,99 %. L'incidence de l'endophtalmie (complication redoutable qui peut conduire à la perte anatomique de l'œil) tend à diminuer depuis l'utilisation d'antibiotique en fin d'intervention. Celle-ci a été estimée récemment à 0,03 % à partir du Registre suédois [32]. Des données épidémiologiques controversées suggèrent une association entre chirurgie de la cataracte et dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), probablement en lien avec l'effet majoré de la lumière sur la rétine après ablation du cristallin qui est remplacé par un implant artificiel [49].

Comme pour toute chirurgie, la balance bénéfices/risques pour le patient doit être prise en considération.

figure 2

**Effet de l'âge sur la probabilité cumulée de décollement de rétine après chirurgie de cataracte, pour tous les patients en France (traits pleins) et pour ceux n'ayant aucun autre facteur de risque de décollement de rétine (myopie forte, diabète, antécédent de traumatisme oculaire, complication chirurgicale per-opératoire)**



## Enseigner la pertinence de la prescription d'examens complémentaires à la faculté

### Exemple du certificat optionnel « Pertinence des examens complémentaires » mis en place à la Faculté Lyon Est

Ce certificat optionnel a été créé en 2010 par un groupe d'enseignants réunissant cliniciens et médecins de santé publique. Il est ouvert aux étudiants de deuxième année du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM2 : ex DCEM3 ou 5<sup>e</sup> année).

Son objectif est de susciter la réflexion des étudiants sur la prescription d'actes en général (actes biologiques, radiologiques, endoscopiques...). Il s'agit de réintégrer cette prescription dans la démarche globale du raisonnement médical, que ce soit une démarche diagnostique, de surveillance ou de dépistage. Les notions de validation des actes diagnostiques en termes de « performance » (sensibilité, spécificité, valeur prédictive) sont souvent assez bien connues des étudiants sur le plan théorique, mais

sans qu'ils mesurent réellement l'utilisation qu'il faut avoir de ces notions théoriques dans la pratique clinique. Par ailleurs, l'objectif est d'ajouter les notions de prescriptions utiles ou inutiles en termes de bénéfice pour le patient, les notions de rapport bénéfice-risque et bénéfice-coût. Les notions de pertinence et de qualité des soins sont abordées sous l'angle d'une réflexion à l'échelle d'un praticien ou d'une institution, de même que les notions d'évaluation de la qualité des soins.


Cette réflexion est traitée d'un point de vue général et théorique, mais également à partir de situations cliniques fréquentes de médecine générale.

### Contenu de la formation

Cet enseignement, d'une cinquantaine d'heures, est validé par un travail de groupe pouvant porter soit sur un travail bibliographique sur le thème de la pertinence d'un acte ou d'une stratégie diagnostique, soit sur une évaluation de pratique hospitalière

(exemples de travaux réalisés : Indication du dosage de pro calcitonine : revue de la littérature et proposition de recommandations de prescription à l'usage des services hospitaliers ; pratique du bilan préopératoire ; prescription du bilan lipidique : enquête des pratiques auprès d'un groupe de médecins généralistes ; la radiographie thoracique quotidienne en réanimation...).

Ce travail est rendu sous forme d'un document rédigé, remis aux enseignants ; il est également présenté en séance à l'ensemble des étudiants inscrits au certificat, ces séances faisant partie intégrante du module.

L'introduction des notions de pertinence des soins ou des prescriptions est indispensable dès la formation médicale initiale, en la présentant comme une partie intégrante du raisonnement médical ; un raisonnement médical bien construit permettant en principe d'allier qualité du diagnostic, pertinence des décisions et utilisation raisonnée des ressources. 

### Isabelle Durieu

Professeur de médecine interne, faculté de médecine Lyon Est, UCBL1, Hospices civils de Lyon

En cas d'opacification de cristallin précoce, par exemple avant 55-65 ans, il conviendra de bien informer le patient du risque majoré de complications potentielles. L'ophtalmologiste devra lui aussi être plus vigilant dans la gestion de ses indications opératoires, notamment vis-à-vis des patients jeunes désireux d'une chirurgie du cristallin à visée réfractive, pour se passer de leurs lunettes.

Cette collaboration entre ARS et ophtalmologistes a permis de réaliser une étude épidémiologique sur l'évolution des pratiques, mais également de mettre en évidence les facteurs de risque d'une des principales complications de la chirurgie de la cataracte.

La gravité et la fréquence des complications, plus élevées pour certaines catégories de patients, doivent amener la réflexion sur la pertinence d'opérer de la cataracte les sujets jeunes, et en particulier pour les patients myopes. De même la nécessité d'opérer le deuxième œil doit être évaluée au regard du rapport bénéfice/risque de cette seconde intervention et de la gêne fonctionnelle réévaluée quelques semaines

après la première opération alors que nous constatons actuellement une prise de décision d'opérer d'emblée les deux yeux dans un intervalle de plus en plus court.

Ces facteurs de risque étant des facteurs modifiables, diffuser les conclusions de ces articles devrait permettre de diminuer le décollement de rétine après chirurgie de la cataracte et ainsi améliorer la santé visuelle de la population française.

Forts de ces résultats et étant donné le taux de recours important de la population du Languedoc-Roussillon à cette chirurgie, l'ARS a créé et anime le groupe régional « Pertinence des interventions sur le cristallin », associant professionnels de santé et Assurance maladie dans un objectif de sensibilisation des ophtalmologistes (chirurgiens ou non) et du grand public sur les risques liés à cette intervention. Les résultats déjà acquis de ces études, complétés par une étude qualitative de pertinence, sont susceptibles de modifier les recommandations de pratique clinique de chirurgie de la cataracte. 