



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^e 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.*

Centré 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 requêtes¹ 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^{er} semestre 2010 et le 4^e 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

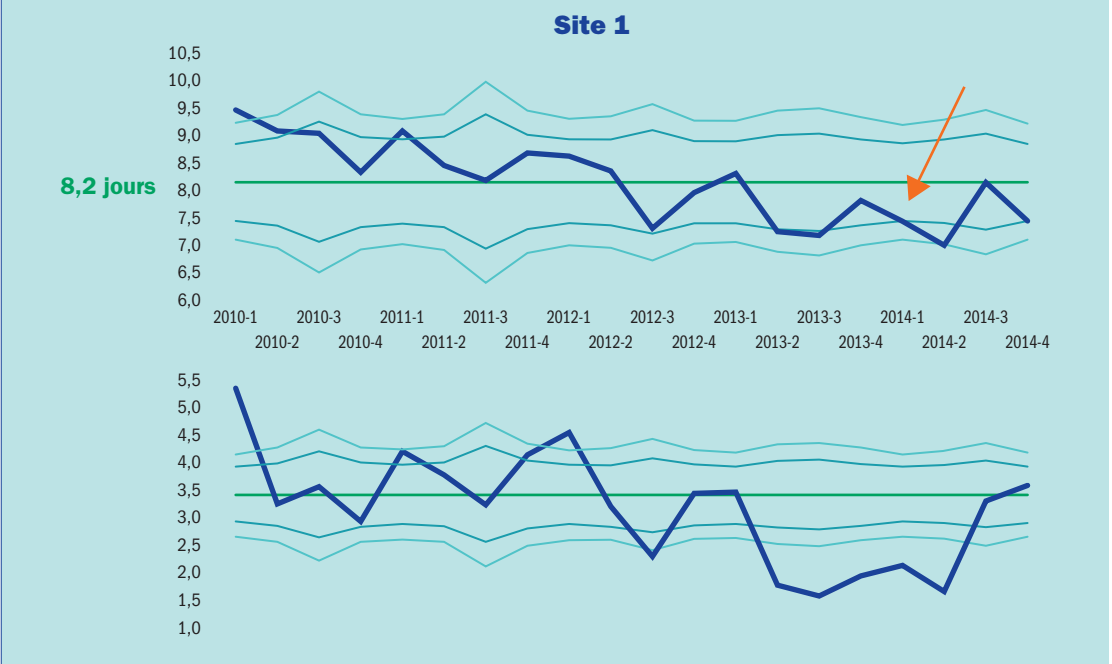
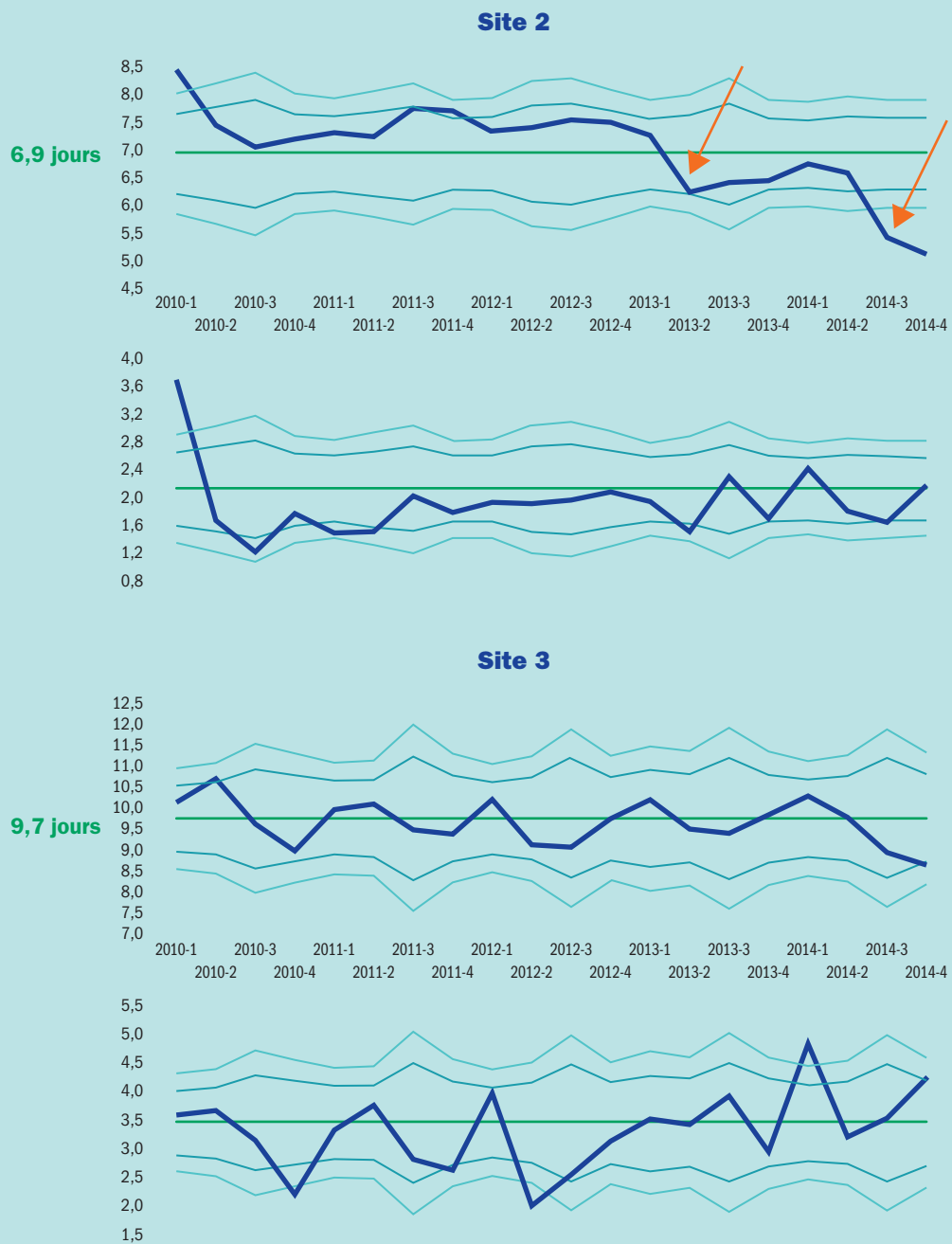


figure 1 (suite)



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^e 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