



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2013 - 2015**

Date du Jury : **Décembre 2014**

La pertinence des actes de biologie au Centre Hospitalier de Valence :

Quels outils pour favoriser la juste prescription ?

Jeanne SOULARD

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon maître de stage, M. Jean-Pierre BERNARD, Directeur Général du Centre Hospitalier de Valence, pour son accueil, la confiance qu'il m'a accordée, et sa bienveillance à l'occasion de mes premiers pas dans la profession. Je lui suis reconnaissante des conseils prodigués, de son expérience partagée, et du modèle de directeur qu'il m'a offert d'observer.

Mes remerciements s'adressent également à mon encadrant mémoire, Mme Emmanuelle SORIANO, Directrice de la Stratégie et du Système d'Information au CH de Valence, pour ses conseils et ses encouragements dans l'élaboration de ce travail.

J'adresse aussi mes plus sincères remerciements à l'équipe des médecins biologistes et au cadre du laboratoire de biologie médicale du CH de Valence pour l'accueil qu'ils m'ont réservé et l'attention qu'ils ont porté à mon sujet. Ils ont contribué, par leur partage d'expertise, à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble des professionnels rencontrés sur le terrain et tous les interlocuteurs sollicités pour le temps qu'ils m'ont accordé, et pour m'avoir transmis leur vision de la problématique. Ils m'ont permis d'accroître ma culture hospitalière et de préciser ma perception des enjeux du sujet.

J'associe également à mes remerciements toute l'équipe de direction du CHV pour leur accueil et l'opportunité qu'ils m'ont donnée d'apprendre à leurs côtés.

Je souhaite aussi remercier les collègues de promotion qui ont consenti à répondre à mes questions sur l'état de la juste prescription dans leurs établissements et m'ont ainsi permis d'enrichir ma réflexion.

Enfin, toute ma reconnaissance va à ma plus belle équipe, Marie et Cécile, pour leur accompagnement et leur confiance inestimables, pour leur patience inépuisable, pour leur dynamisme et l'énergie qu'elles me donnent. Notre complicité me porte depuis toujours ; elle m'est précieuse pour m'épanouir et dépasser les difficultés. Je veux ici les en remercier, et leur promettre mille autres voyages et autant de moments partagés.

Sommaire

Introduction	1
1 La pertinence des actes de biologie, levier à enjeux, est une problématique d'avenir pour les établissements de santé dans un contexte économique contraint.....	11
1.1 La biologie médicale, prépondérante à l'hôpital, et dont la pertinence fait parfois défaut, suppose une optimisation des prescriptions.....	11
1.1.1 La biologie occupe une place croissante dans les prises en charge hospitalières .	11
1.1.2 La biologie à l'hôpital est pourtant insuffisamment pertinente et requiert une analyse de ses mésusages.....	15
1.1.3 L'optimisation de la prescription de biologie à l'hôpital est un levier à forts enjeux.	18
1.2 L'illustration du CH de Valence confirme les constats nationaux et interpelle sur la difficulté à dresser un état des lieux	21
1.2.1 Le laboratoire présente des procédures dédiées aux trois phases de production ..	21
1.2.2 L'étude de la consommation de biologie au CHV confirme les évolutions nationales d'activité et les dérives constatées.....	24
1.2.3 L'analyse de la juste prescription au CHV se heurte au défaut de suivi et d'interprétation de l'activité	29
2 Des outils existent, qui favorisent la juste prescription et garantissent un dialogue institutionnel renouvelé sur la problématique.....	33
2.1 L'acculturation institutionnelle à la juste prescription peut être favorisée par des outils de suivi et un échange organisé	34
2.1.1 L'application d'indicateurs pertinents doit permettre le suivi institutionnel de la biologie médicale à l'hôpital.....	34
2.1.2 La mise en place d'un comité de la juste prescription doit encourager l'échange confraternel et piloter la démarche.....	38
2.1.3 La sensibilisation des nouveaux arrivants aux enjeux de la juste prescription doit garder pérenne la stratégie d'établissement	43

2.2 La juste rationalisation des prescriptions peut s'appuyer sur des outils opérationnels à forts enjeux de déploiement	44
2.2.1 La prescription connectée doit être la colonne vertébrale de la juste prescription ..	44
2.2.2 La contractualisation interne doit instaurer un suivi adapté et une vigilance continue des services prescripteurs ..	52
2.2.3 Ces différents leviers nécessitent des conditions favorables de mise en œuvre	54
Conclusion	58
Bibliographie	61
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AES : Accident d'Exposition au Sang
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
B : Lettre clé de cotation en biologie
BHN : B hors nomenclature
BNP : Brain Natriuretic Peptide
CH : Centre Hospitalier
CHV : Centre Hospitalier de Valence
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COFRAC : Comité Français d'Accréditation
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DSI : Direction du Système d'Information
ECBU : Examen Microbiologique des Urines
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD : Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses
EPS : Etablissement Public de Santé
GEL : Groupe des Examens de Laboratoire
GHS : Groupe Homogène de Séjour
HAS : Haute Autorité de Santé
HC : Hospitalisation Complète
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
LBM : Laboratoire de Biologie Médicale
NABM : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
RUM : Résumé d'Unité Médicale
SAU : Service d'Accueil des Urgences
UF : Unité Fonctionnelle
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
T2A : Tarification à l'Activité

Introduction

▪ La pertinence des actes de biologie - Un enjeu d'actualité

Le 25 avril 2014, la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Madame Marisol TOURAINE, annonçait un plan d'économies de 10 milliards d'euros sous trois ans pour l'Assurance Maladie afin de participer à l'effort budgétaire national consacré dans le Pacte de Responsabilité et de Solidarité. Il est notamment attendu 2,5 milliards d'euros de l'hôpital public, lequel devra principalement porter cet effort en garantissant « *un meilleur usage des soins, en évitant les actes inutiles ou redondants et la consommation de médicaments inadaptée* »¹. En inscrivant la pertinence des actes à la liste des leviers disponibles pour optimiser l'utilisation des deniers publics, la Ministre met en lumière une problématique déjà régulièrement soulevée par le passé, et qui sans doute tiendra une place prépondérante dans l'avenir.

Déjà, dans son rapport annuel de 2013 relatif à la Sécurité Sociale, la Cour des comptes notait que les « *actions sur le volume et la nature des prescriptions constituent de fait un levier essentiel de la maîtrise des dépenses* »². C'est notamment le cas de la biologie médicale hospitalière. En effet, la place croissante qu'occupe la biologie médicale dans le parcours de soins justifie des efforts importants et l'intérêt grandissant qu'y portent les établissements dans un contexte financier contraint. De fait, la biologie médicale serait à l'origine de 60 à 70% des diagnostics, et compterait même pour 80% à l'hôpital public³. Dans ce contexte, l'accroissement constant des actes de biologie d'une progression souvent supérieure à l'activité de soins met au défi les gestionnaires hospitaliers confrontés à un contexte de restrictions budgétaires de trouver des solutions capables de maintenir cette aide au diagnostic pour les praticiens dans des conditions acceptables au plan de la qualité comme au plan financier. Or, « *les examens biologiques ne sont pas souvent correctement formulés et hiérarchisés et (...) leur choix n'est pas toujours judicieux ni leur répétition utile* »⁴. Dès lors, dans un système de tarification à l'activité, où les dépenses de biologie hospitalière sont incluses dans la tarification des séjours et où leur coût n'est pas isolé, tout incite à chercher des gains de productivité et de qualité. Donner à un établissement les moyens de repenser la pratique quotidienne de

¹ CORDIER C., « *Marisol Touraine dévoile son plan d'économies de 10 Md€ sur 3 ans pour l'Assurance maladie* », *Hospimedia*, 25/04/2014, p1

² COUR DES COMPTES, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Sept. 2013, p384

³ COUR DES COMPTES, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Sept. 2013, p375

⁴ COUR DES COMPTES, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Sept. 2013, p384

la prescription, dont il est communément admis qu'elle est génératrice de surcoûts et de non qualité, relève alors de la responsabilité des directeurs.

Pour autant, s'il est généralement entendu que la rationalisation des actes diagnostiques et de soins est porteuse de gains d'efficience, il reste que c'est encore un levier peu utilisé et délicat à manipuler à plusieurs titres. D'abord parce que la notion même de « pertinence » fait débat et suscite des interprétations différentes. Ensuite, parce que faire de la pertinence des actes un levier d'efficience dans les établissements de santé, c'est parfois risquer de faire se heurter des principes généraux de prescription à l'individualisation que suppose chaque prise en charge. C'est, *in fine*, vouloir borner un sujet foncièrement subjectif et interprétatif et venir limiter – au moins dans le discours – la liberté fondamentale du médecin dans l'exercice de son art, et en particulier sa liberté de prescription⁵.

▪ **La pertinence - une notion qualitative et quantitative qui s'entend relativement à son environnement**

Dès lors, et pour éviter tout écueil, il convient au préalable de nous pencher sur la définition de la « pertinence » pour disposer d'une compréhension partagée des enjeux. Dans le dictionnaire et le langage commun, au terme « pertinence » sont souvent adjoints les synonymes « justifié », « approprié », « judicieux », « intelligent »... La liste est longue mais l'ensemble de ces termes tend à désigner la pertinence comme quelque chose d'adapté. MONTAIGNE qualifiait d'ailleurs la pertinence de « *qualité de ce qui est approprié à son sujet* »⁶. Ainsi transposée à la santé, un acte médical pertinent serait un acte approprié pour garantir une prise en charge de qualité du patient. Transposée à la biologie, une analyse pertinente est une analyse « *qui répond au besoin de diagnostic et/ou à la pathologie du patient. Elle est juste, nécessaire, et intervient au bon moment* »⁷. Pour le cadre de santé du laboratoire du Centre Hospitalier de Valence (CHV), un acte pertinent c'est « *le minimum nécessaire et suffisant dont a besoin le patient pour son diagnostic ou sa prise en charge* ». De ces différents essais de définition émerge la notion, primordiale, de « juste prescription » qui tiendra lieu dans ce mémoire de synonyme de « pertinence des actes ». Ces deux concepts sont substituables parce qu'ils désignent le même objectif, celui de stratégies médicales appropriées à leur environnement entendu au sens large (situation clinique, état des savoirs, contexte médico-économique, etc.).

⁵ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (CSP), Article R.4127- 8

⁶ MONTAIGNE, *Essais*, I, 26, éd. P. Villey –V. L. Saulnier, p.154

⁷ Entretien n°7, Dr T. LE BRICON, Biologiste, Responsable de l'Unité de Biochimie, Référent Informatique, Centre Hospitalier de Valence, le 16/07/2014, à Valence (26).

Pour englober la grande complexité des enjeux liés à cet environnement de prescription, sans lequel la pertinence n'aurait pas de sens, nous déciderons de retenir deux définitions.

La première, la plus complète, nous est donnée par le Doyen René MORNEX dans le Rapport rendu public de l'Académie de Médecine relatif à la pertinence des stratégies médicales. Il est dit que « ***l'acte médical pertinent est celui qui convient au malade à un moment donné, c'est le plus adapté et le plus efficace. L'objectif final est d'améliorer l'état de santé du malade et de limiter les risques et les contraintes. La stratégie médicale pertinente consiste à prescrire et à programmer chacun des actes dans un ordre approprié, adapté à chaque situation clinique, compte tenu des disponibilités des ressources de santé, dans un esprit d'efficience, qu'il s'agisse du diagnostic ou de la thérapeutique*** »⁸. C'est in fine « *la base de la médecine sobre qui, dans une approche humaniste, soigne mieux au moindre coût* »⁹.

La seconde définition, plus restreinte, porte davantage sur une dimension stratégique et institutionnelle de la prescription. Elle interpelle les directions d'établissements sur le caractère trompeur de la pertinence à laquelle elle préfère les notions d'efficience et de stratégie. En effet, « *la pertinence fait s'interroger individuellement, à chaque prescription. Or, il faut une vision macroscopique et s'inscrire dans une stratégie de prescription qui suppose une logique d'efficience. Le consensus mou du « au cas où », « on ne risque rien », « pour voir » favorise le fait de faire plutôt que de ne pas faire* »¹⁰. L'enjeu consiste alors pour l'hôpital à s'inscrire dans une démarche institutionnelle globale favorisant une stratégie de prescription arrêtée par la communauté médicale de l'établissement, conjointement avec la Direction, conformément aux recommandations de bon usage des sociétés savantes et des autorités sanitaires, et qui fasse consensus. A terme, l'objectif de l'établissement doit être de mettre en œuvre tous les outils favorisant une réflexion sur les pratiques de prescription. « *Une prescription se réfléchit, elle ne doit pas être automatique ; or aujourd'hui, elle l'est encore trop souvent* »¹¹. Aussi faut-il systématiser la réflexion plutôt que l'automatisation des prescriptions. C'est cette perspective qui guidera l'élaboration de ce mémoire. C'est cet objectif qui doit servir de fil rouge à tout établissement désireux de se saisir institutionnellement de cette question, à l'image du Centre Hospitalier de Valence.

⁸ MORNEX René, *Améliorer la pertinence des stratégies médicales*, Rapport Public de l'Académie Nationale de Médecine, Avril 2013, p2

⁹ Ibid.

¹⁰ Entretien n°2, Dr J. SARTRE, Biologiste, Responsable de l'Unité de Bactériologie, Centre Hospitalier de Valence, le 20/05/2014, à Valence (26)

¹¹ Ibid.

- **La pertinence des actes de biologie à l'échelle d'un établissement :
l'illustration du Centre Hospitalier de Valence**

Notre analyse aura en effet pour exemple privilégié le Centre Hospitalier de Valence. Etablissement de référence du territoire de santé Sud de Rhône-Alpes, il rayonne sur les départements de la Drôme et de l'Ardèche. Etablissement siège de la nouvelle CHT Rhône-Vercors signée le 24 Janvier 2014 et comprenant six établissements, il conforte son rôle pivot sur le territoire. Il se caractérise par un important dynamisme de son activité et une contrainte financière pour l'heure maîtrisée, mais qui exige de lui une réflexion sans cesse renouvelée sur les moyens d'optimiser ses ressources. C'est dans ce contexte que s'inscrit la commande qui m'a été faite par le Directeur Général de dresser un état des lieux de la pertinence des prescriptions de biologie.

Il convient désormais de présenter succinctement les grandes caractéristiques du Centre Hospitalier de Valence. Comportant 740 lits et 67 places, il est organisé en sept pôles médicaux et deux pôles administratifs. Il est positionné en médecine, chirurgie, obstétrique, SSR (gériatrie et addictologie), USLD et EHPAD. Il emploie 2 162 agents, dont plus de 330 médecins, environ 1500 soignants, et 137 agents médico-techniques.

Il connaît une croissance continue de son activité depuis plusieurs années, en lien avec le développement et la spécialisation de ses activités, et le renforcement de son positionnement territorial. En 2013, il enregistre +4,91% d'entrées, +5,31% de séjours, +2,76% de consultations externes et +9% d'actes externes. Les passages aux Urgences (65 000) sont également en légère augmentation, et le nombre de naissances reste stable (2 329). Cette progression a permis de maintenir positives les recettes d'activité.

A cet égard, en 2013, l'établissement présentait un excédent de près d'un million d'euros, solde de 183,4M€ de recettes et 182,4M€ de dépenses. Sur ce point, il convient de souligner que le CHV a su tout mettre en œuvre pour retrouver une situation budgétaire équilibrée puisqu'il enregistrait en 2012 un déficit de 2,2 millions d'euros. Un effort d'économies demandé aux pôles et un certain nombre de mesures exceptionnelles (des reprises sur provisions et un important travail de recodage) ont permis à l'établissement de rompre la spirale du doublement quasi mécanique d'un déficit. Son taux de marge brute est de 7,3%. En 2014, l'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) est présenté en équilibre, à +130 141€, et reste positionné sur la trajectoire des 8% de marge brute exigée par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cependant, la question du financement des investissements 2014 persiste, et la contrainte financière demeure, l'EPRD ayant été construit en utilisant les effets reports des économies conjoncturelles réalisées en 2013.

Par ailleurs, et au regard du sujet de mémoire choisi, il convient de souligner l'importance du plateau technique du CHV. Celui-ci comprend en effet 2 scanners, 2 IRM (et le projet d'installation d'une 3^{ème} récemment autorisée), 3 écho-doppler, 1 TEP-scan, 4 gamma-caméras, des laboratoires de biologie médicale et cytogénétique, et un service d'anatomocyto-pathologie qui, dans l'avenir, aura une vocation territoriale.

Le laboratoire de biologie médicale (LBM), qui comprend trois unités fonctionnelles – de biologie, de biochimie, et de cytogénétique – s'inscrit institutionnellement dans le cadre du pôle Médico-technique et de Santé Publique. Il enregistre une forte augmentation d'activité ces dernières années, avec +8,33% de B et BHN entre 2010 (25 451 023) et 2013 (27 571 429). Le nombre d'actes réalisés en 2013 augmente également, s'élevant à 1 237 910 actes, soit une augmentation de 5% par rapport à 2012.

En Mars 2014, et conformément au nouvel impératif imposé par l'Ordonnance du 13 Janvier 2010, le laboratoire a obtenu son accréditation COFRAC sur les méthodes d'analyse en biologie et en hématologie. Cependant, malgré son investissement dans une démarche qualité, il rencontre des difficultés liées à la saturation d'activité, à la multiplication des non-conformités des prélèvements, et nécessite que soit conduite une analyse des prescriptions d'actes de biologie pour éviter les actes non pertinents et favoriser :

- l'efficacité du service en termes d'organisation,
- l'efficacité de l'établissement en termes de coûts directs et indirects,
- la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients sur le volet des examens de biologie.

Aussi le périmètre de ce mémoire portera-t-il exclusivement sur la pertinence – l'efficacité – des prescriptions d'actes de biologie médicale au Centre Hospitalier (CH) de Valence. La cytogénétique et l'anatomo-cytopathologie ont été volontairement écartées de la réflexion en raison de leurs spécificités. De même, l'étude portera principalement sur les actes de biologie inscrits à la Nomenclature, les B Hors Nomenclature (BHN) ne représentant qu'une faible proportion de l'activité du laboratoire du CHV. En effet, en 2013, 26 506 078 B (en augmentation de 5%) ont été cotés contre 1 095 535 BHN (en diminution de 2,5%). Aussi le choix a-t-il été fait de dresser un état des lieux de l'activité principale et d'avancer des propositions d'action susceptibles d'avoir un véritable impact du fait de l'effet volume. Il s'agira ainsi d'étudier les pratiques de prescription de biologie au CHV, les volumes d'activité réalisés, et d'analyser les organisations et modalités de transmission entre les services cliniques prescripteurs et le laboratoire de biologie médicale. A l'aune de ces analyses, il sera possible d'avancer un certain nombre de recommandations de nature à favoriser la rationalisation des prescriptions de biologie.

▪ La méthodologie et les limites de ce travail de recherche

Pour cela une certaine démarche méthodologique a été privilégiée. Elle s'est naturellement structurée en une sorte d'entonnoir des connaissances, à mesure que je progressais dans mes recherches et que j'affinais ma maîtrise du sujet. En effet, lorsque mon maître de stage, le Directeur Général du CH de Valence, m'a confié parmi d'autres dossiers la mission de faire un état des lieux de la prescription en biologie et de proposer les moyens d'une appropriation institutionnelle de la problématique, je disposais de connaissances très limitées sur la biologie hospitalière. Outre l'intérêt intrinsèque au sujet et le *challenge* intellectuel que représente la conquête d'un sujet méconnu, j'ai choisi ce dossier comme sujet de mémoire parce qu'il présentait plusieurs avantages :

- De tous mes dossiers, il s'agissait du sujet se prêtant le plus à un travail de recherche ;
- Il initiait une réflexion d'établissement qui, jusque-là, n'avait jamais été portée sauf par quelques membres de la communauté médicale, çà et là, davantage sensibilisés à la question que leurs confrères. Ainsi, en choisissant d'explorer ce sujet, j'avais l'ambition de produire un travail avec une plus-value potentiellement forte pour mon établissement d'accueil ;
- Il constitue un sujet d'avenir, encore inégalement approché par les établissements. M'investir sur ce sujet consiste alors à parier sur le déploiement plus généralisé d'outils en faveur de la « juste prescription » dans les établissements, et à me constituer un capital de connaissances et d'expérience que je pourrai aisément mobiliser dans des postes futurs.

A cet égard, une première étape a consisté en une phase de recherche bibliographique. Les supports principalement utilisés sont des rapports publics, des guides pratiques à usage des établissements édités par les institutions nationales d'appui (Haute Autorité de Santé, Agence Nationale d'Appui à la Performance...), des articles de la presse spécialisée (hospitalière et médicale), ou encore des synthèses issues de travaux collaboratifs. Cette recherche a été conduite tant sur les moteurs de recherche généralistes que sur les bases spécialisées comme la BDSP ou Légifrance. Cette étape m'a permis de bénéficier d'un premier cadrage sur l'état de la question, et d'alimenter mes réflexions que j'irai ensuite confronter au terrain, auprès des personnes interrogées notamment. La recherche bibliographique a consisté en un fil rouge tout au long de ce travail. La littérature disponible en la matière m'a permis de conforter mes constats, d'alimenter mes grilles de questions, et d'enrichir les pistes de recommandations envisagées. *A contrario*, l'avancée de mes recherches de terrain me permettait d'affiner mes recherches bibliographiques. Le recours à la littérature spécialisée tout au long de ce processus de recherche fut sécurisant parce que structurant. Cette recherche

bibliographique s'est également faite en interne, et a porté sur les documents du CH de Valence : les revues de direction, les rapports d'activité, les contrats de collaboration existants, le manuel « qualité » du laboratoire... sont autant de supports qui m'ont permis de m'approprier l'organisation de la biologie médicale à l'hôpital de Valence, et d'envisager ses forces et faiblesses.

Une deuxième phase, primordiale, a consisté dans la tenue d'entretiens semi-directifs avec des personnes ressources. J'ai pour cela rencontré des médecins biologistes, dont certains responsables d'unité fonctionnelle, le cadre du laboratoire, les responsables dédiés du déploiement de la prescription connectée... Ces entretiens étaient structurés sur la base de grilles de questions préalablement établies, thématiques (pour en favoriser le traitement analytique), et réajustées au regard de la fonction de l'interlocuteur rencontré et de l'avancée de mes recherches. Ces entretiens ont été indispensables en ce qu'ils m'ont permis d'accroître mes connaissances du sujet, de découvrir l'organisation et le fonctionnement de la biologie hospitalière, et en particulier de la biologie au CH de Valence, et d'approcher le sens de l'action des biologistes et les valeurs cardinales de leur métier. Cette dimension sociologique et éthique des biologistes et, plus largement, de la communauté médicale, était importante à comprendre pour interpréter les organisations actuelles et envisager des recommandations sous le prisme de logiques professionnelles dont l'établissement ne peut s'affranchir.

Dans un troisième temps, j'ai eu l'occasion de me former au logiciel du laboratoire nommé *Synergie*, et de procéder à une série de requêtes des données d'activité :

- Par année pour tracer des tendances et suivre l'évolution des volumes d'activité ;
- Par service pour individualiser autant que possible l'analyse ;
- Par type d'acte pour préciser la nature des activités les plus réalisées au CHV, et pour en estimer le coût.

Les données brutes ainsi extraites ont ensuite été retraitées, analysées, et croisées avec la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) pour leur donner du sens, et favoriser leur interprétation en volume et en valeur.

Dans un quatrième temps, j'ai souhaité éprouver mes premières idées de recommandations en m'appuyant sur les expériences menées par les autres établissements publics de santé (EPS) en France. Si là encore une recherche bibliographique m'a orientée vers des établissements pilotes sur la juste prescription, j'ai préféré renforcer ces résultats par une approche comparative. J'ai pour cela mobilisé le réseau des établissements-lieux de stage en soumettant à mes collègues de promotion une grille de questions, volontairement concise, me permettant de capitaliser sur les bonnes pratiques, ou au contraire, de confirmer l'absence d'actions mises en place par les établissements sur ce sujet encore complexe. J'ai également directement sollicité les

biologistes d'établissements pilotes sur la démarche de juste prescription, comme le CH d'Annecy sur le comité de la juste prescription, et le CH de Vichy sur la prescription connectée et la démarche performance en biologie.

Enfin, tout au long de mon parcours, j'ai pu être accompagnée par les conseils d'Emmanuelle SORIANO, Directrice de la Stratégie et du Système d'Information au CH de Valence, et référent mémoire. J'ai en ce sens bénéficié de son double positionnement professionnel, lequel correspond parfaitement à mon sujet. L'instauration d'une politique institutionnelle de juste prescription est éminemment stratégique et transversale, et en l'état repose sur un outil central qu'est la prescription connectée.

A l'issue de l'exposé de la méthodologie, je crois pertinent d'exposer les forces et faiblesses de ce travail. En effet, difficultés et satisfaction se sont succédé.

Dans un premier temps, je dois reconnaître avoir toujours bénéficié d'interlocuteurs disponibles, investis, et bienveillants. Ensuite, j'admets avoir eu beaucoup d'intérêt à m'investir dans une démarche de recherche à visée professionnelle, et par ce prisme, affiner mon positionnement de future directrice sur un sujet qui, non seulement est d'actualité, mais qui est aussi une priorité de santé publique qui s'imposera aux nouvelles générations de directeurs.

En revanche, plusieurs éléments sont à déplorer et certaines limites doivent être soulignées. On peut en effet regretter le manque de temps à consacrer à la recherche du mémoire alors même que le stage et ses exigences se poursuivent parallèlement. Il fut difficile, et particulièrement frustrant, de devoir concilier les différents attendus, logiques, et échéances de l'établissement de stage, de l'EHESP, et des différents collaborateurs sur l'ensemble des dossiers confiés. Bien qu'étant un excellent exercice de préparation au métier de directeur, la rigueur et l'approfondissement que demande l'élaboration d'un mémoire trouve ici difficilement sa place et limite parfois les ambitions de départ.

En outre, la difficulté majeure très vite rencontrée fut la dimension fortement médicale du sujet. Initialement, j'envisageais en effet d'analyser la pertinence des prescriptions de biologie au CH de Valence pour en faire un état des lieux précis, tant quantitatif que qualitatif. J'ai rapidement été mise en difficulté, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, parce que les requêtes effectuées ne produisaient que des données macroscopiques, m'informant sur les grands volumes d'actes et de B, mais sans jamais rien dire du contexte de prescription sans lequel il est impossible de juger en tant que tel de la pertinence. Ensuite, parce que jamais auparavant une telle démarche n'avait été menée, même partiellement, au CHV. Je ne disposais donc d'aucun point de référence pour interpréter des tendances. Enfin, parce que le traitement de ce sujet dépendait fortement de l'expertise d'un grand nombre d'interlocuteurs, au premier rang desquels les biologistes et les médecins prescripteurs. De fait, l'interprétation des

données extraites reste, sans leur participation, limitée voire impossible. C'est la raison pour laquelle je recommanderai ultérieurement au CH de Valence d'instaurer un suivi régulier précis par service de la consommation de biologie, parce qu'il permettra d'en faire l'interprétation en lien, par exemple, avec l'activité, l'épidémiologie, avec des changements de professionnels, d'automates, etc. C'est cette interprétation qui m'a fait défaut, et qui instituera, dans l'établissement, un dialogue triangulaire biologistes – prescripteurs – administration. A terme, le seul moyen de dépasser les volumes et chiffres masses pour étudier la pertinence sous un angle qualitatif aurait consisté à faire un audit sur un échantillon significatif de dossiers patients. Ce fut impossible à deux titres. Premièrement, parce que je n'ai pas le droit d'accès aux dossiers médicaux ; deuxièmement, parce que je n'ai pas la compétence métier nécessaire pour juger de ce qui est pertinent ou non au regard des renseignements cliniques et de la prise en charge. Aussi est-ce la raison pour laquelle j'ai réorienté la problématique vers la question des outils favorisant la juste prescription plus que vers une analyse de la pertinence en tant que telle.

Il convient en conclusion de cette partie méthodologique de considérer ce travail de recherche dans toutes ses limites, et d'admettre qu'il ne prétend en aucun cas à l'exhaustivité sur le sujet traité. Il a l'ambition de faire avancer l'état de la réflexion au CH de Valence et de proposer des pistes d'action dont pourra se saisir l'institution.

Ainsi, ce travail de recherche a-t-il été guidé par une question. Elle a consisté à s'interroger sur les outils utiles à l'analyse de la pertinence des prescriptions de biologie, sur les façons d'introduire un suivi institutionnel favorisant la mobilisation conjointe de la communauté médicale et administrative sur la problématique, et sur les outils favorables à la juste prescription.

Pour tenter d'apporter des éléments de réponse à ces questions, il convient d'abord de constater que la pertinence des actes de biologie, levier à enjeux, est une problématique d'avenir pour les établissements de santé dans un contexte économique contraint (1). Face à ce constat, il est nécessaire de rappeler que des outils existent, qui favorisent la juste prescription et garantissent un dialogue institutionnel renouvelé sur la problématique (2).

1 La pertinence des actes de biologie, levier à enjeux, est une problématique d'avenir pour les établissements de santé dans un contexte économique contraint

La biologie médicale en France, prépondérante dans les prises en charge hospitalières, et dont la pertinence fait parfois défaut, suppose une optimisation des prescriptions dans un environnement contraint (1.1). Le CH de Valence, aux balbutiements de sa réflexion sur la juste prescription, confirme à cet égard les constats nationaux et interpelle sur la difficulté à dresser un état des lieux de la biologie (1.2).

1.1 La biologie médicale, prépondérante à l'hôpital, et dont la pertinence fait parfois défaut, suppose une optimisation des prescriptions

1.1.1 La biologie occupe une place croissante dans les prises en charge hospitalières

La biologie médicale hospitalière, soumise à un impératif de performance, occupe une place primordiale dans les organisations médico-soignantes. Ceci justifie d'en préciser les ressorts par un cadrage juridique et financier, afin d'en saisir les enjeux.

▪ La biologie médicale en France – un cadre juridique en évolution

La biologie médicale, discipline exercée par des pharmaciens et des médecins, lesquels travaillent essentiellement en laboratoires publics, est longtemps restée régie par la loi du 11 Juillet 1975 relative aux laboratoires d'analyses de biologie médicale et à leurs directeurs. Dépassée, cette loi ne permettait plus de prendre en compte les besoins de regroupements des laboratoires ni l'impératif de productivité auquel ils sont soumis.

La biologie se pose en effet comme une discipline en évolution constante. Le secteur a connu de fait une forte automatisation de ses méthodes de production, permettant aux laboratoires de dégager des gains de productivité importants et de réduire les délais de rendu des analyses. Ainsi, en 2010, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) notait « *qu'à l'exception de l'examen microbiologique des urines (ECBU), des selles et des prélèvements gynécologiques, le plus souvent encore réalisés manuellement, les autres actes, parmi les 20 premiers en volume et les 20 premiers en dépense, étaient tous des actes automatisés* »¹². Cette

¹² Cité dans COUR DES COMPTES, « *La Biologie médicale* », Rapport public commandé par la Commission des affaires sociales du Sénat, Juillet 2013, p26

industrialisation des processus a poussé les laboratoires à se réorganiser, se moderniser, se regrouper, et à mettre en place un management de la qualité rigoureux.

Ce sont ces évolutions que le Gouvernement puis le Législateur ont souhaité prendre en compte et conforter. Aussi l'Ordonnance n°2010-49 du 13 Janvier 2010, prise sur habilitation de l'article 69 de la loi du 21 Juillet 2009, et ratifiée par la loi du 30 Mai 2013 portant réforme de la biologie médicale, a-t-elle amendé en profondeur la biologie en France. Celle-ci incite les laboratoires aux regroupements et mutualisations d'activité, et pose l'exigeante obligation d'accréditation. L'accréditation vise à reconnaître sur la base de la norme ISO 15189 la compétence d'un laboratoire à réaliser des examens. Sous l'égide du Comité Français d'Accréditation (COFRAC), les laboratoires ne pourront plus fonctionner, à compter du 1er novembre 2016, sans être accrédités sur 50% de leurs examens, 80% en 2018, et 100% en 2020. Ces paliers portent sur chacune des familles d'examens¹³. Demandant un fort investissement des laboratoires, l'accréditation permet d'améliorer l'efficience et la qualité des organisations et des examens de biologie.

A cet égard, un examen de biologie médicale se définit comme « *un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain* »¹⁴. Il se déroule en trois phases successives :

- Une phase pré-analytique : comprenant le prélèvement de l'échantillon biologique sur le patient, le recueil des éléments cliniques pertinents, la préparation, le transport et la conservation de l'échantillon ;
- Une phase analytique : processus technique permettant l'obtention du résultat ;
- Une phase post-analytique : consistant en la validation, l'interprétation et la transmission du résultat par une communication appropriée au prescripteur.

Un examen de biologie peut être réalisé en laboratoire de ville ou en laboratoire public hospitalier. Dans ce dernier cas, le LBM ne dispose pas de la personnalité juridique et constitue un service de l'établissement.

▪ **Les modalités de financement de la biologie**

Pour aborder les modalités de financement de la biologie, il convient de distinguer le prix des actes (leur valeur fixée par la nomenclature) du coût des actes (lié à leur production, propre à chaque établissement). En effet, les examens de biologie réalisés

¹³ Les familles d'examens sont des sous-ensembles de compétences cohérentes en biologie médicale fixés dans l'arrêté du 17 Octobre 2012. Il distingue six sous-domaines (biochimie, hématologie, immunologie, microbiologie, génétique, et biologie de la reproduction) comprenant 16 familles.

¹⁴ Article L.6211-1 du Code de la Santé Publique

par un laboratoire sont remboursés par les caisses d'assurance maladie sur la base de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM). Cette grille de référence trouve son fondement dans l'article L.162-1-7 du Code de la Sécurité Sociale, qui dispose que « *le remboursement par l'Assurance Maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé dans le cadre d'un exercice libéral ou salarié est subordonné à leur inscription préalable sur une liste* ». Elle s'impose aux prescripteurs, aux laboratoires, aux patients et aux organismes payeurs. Elle compte près de 1000 actes organisés en 18 chapitres. Pour chaque acte est ainsi associé un code, un libellé, un coefficient, et sont précisées diverses conditions de prise en charge. C'est sur cette base qu'est fixé le tarif de l'acte. Celui-ci correspond à un prix de base unitaire marqué par la lettre-clé B – fixé depuis 2002 à 0,27€ –, lequel est multiplié par un coefficient propre à l'acte, qui en donne la valeur relative. Par exemple, la valeur de l'ECBU est fixé à 17,55€ dans la Nomenclature, correspondant à une cotation à 65B, soit $65 \times 0,27$.

Si la valeur intrinsèque à l'acte est nationale et demeure figée jusqu'à sa réactualisation par les autorités compétentes, son coût de production en revanche évolue. Le coût de l'unité d'œuvre varie selon les établissements, en particulier sous le jeu de l'effet taille. Selon l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), le coût net du B dans un Centre Hospitalier Universitaire est de 0,17€ et de 0,20€ dans un Centre Hospitalier. Si on se concentre sur les CH les plus importants, dont le chiffre d'affaires est supérieur à 20 millions d'euros, on voit que le coût de production du B s'élève à 0,19€. Ces différents coûts corroborent dans tous les cas le référentiel de la Base d'Angers qui évalue le coût moyen du B à 0,186€.

Aussi est-ce sur cette base que se comprend le financement de la biologie. L'Assurance Maladie rembourse une part du tarif inscrit à la NABM directement aux laboratoires privés et aux établissements publics de santé pour les actes de biologie externe. *A contrario*, le statut particulier de la biologie médicale hospitalière suppose un second mode de financement, en réalité le plus important en volume et en valeur parce qu'attaché à l'activité principale des EPS. En effet, avec la tarification à l'activité (T2A), le séjour et les soins, avec ou sans hébergement, font l'objet d'une prise en charge dans le cadre d'un tarif par Groupe Homogène de Séjour (GHS). Ce dernier comprend la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à la prise en charge du patient. Le tarif du GHS est établi à partir de la comptabilité analytique réalisée dans l'Etude Nationale des Coûts. Dès lors, les dépenses liées à la production des examens de biologie sont intégrées au GHS, et toute facturation en supplément du séjour est impossible.

Cette modalité de financement de la biologie hospitalière constitue le cœur des enjeux financiers de la problématique comme nous l'explorerons ultérieurement, mais également la difficulté première de l'analyse des coûts de la biologie hospitalière. De fait, « *il n'est pas possible de connaître d'emblée le coût de la biologie médicale dans les* »

établissements publics de santé (...) soumis à la tarification à l'activité, car la biologie est incluse dans la tarification globale des séjours et n'est pas isolable en lecture directe »¹⁵.

▪ **La biologie médicale – une croissance d'activité mal maîtrisée**

En volume, la biologie a connu une très forte croissance d'activité en France. Selon les données de la CNAMTS, la consommation de biologie, en nombre de B, est passée de 8,789 milliards en 1998 à 15,835 milliards en 2012, soit une augmentation de 80 % en 15 ans. Le nombre d'actes a lui progressé de 4,6 % depuis 2006¹⁶.

En dépenses, la biologie médicale, libérale et hospitalière, s'élevait en 2011 à 7,32 milliards d'euros, générés à 60,5% par les LBM de ville, 6,4% par les cliniques, et 33,1% par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif¹⁷. Les dépenses des EPS et ESPIC correspondaient en effet à 2,39 milliards d'euros en 2011. Défalquées de leurs recettes subsidiaires, les charges nettes de la biologie hospitalière représentaient 2,02 milliards d'euros en 2011¹⁸, composées pour 58,3% de dépenses de personnel. Ainsi, selon l'ATIH, en coût net complet, les dépenses de biologie médicale en établissement est passée de 2,23 milliards d'euros en 2008 à 2,340 milliards en 2011.

De façon générale, la croissance continue des dépenses de biologie est assise sur la seule augmentation des volumes. En effet, depuis 2006, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) mène une politique de dévaluation des tarifs de certains actes afin de contenir l'augmentation du coût de la biologie pour les comptes sociaux. Cet effort a été limité par la très forte augmentation des volumes et par le caractère quasi incontournable de certains actes. Les dépenses sont effectivement concentrées sur un faible nombre d'actes. Sur les 1 000 actes inscrits à la NABM, les 20 premiers en montant remboursable représentent en 2011 la moitié des dépenses de biologie médicale. A eux seuls, les 5 premiers examens représentent même près du quart des dépenses : il s'agit de la numération formule sanguine (9,4% des dépenses), de l'exploration d'une anomalie lipidique, de l'ECBU, des dosages de la thyroïdostimuline, et du dosage de la vitamine D¹⁹.

De façon générale, on constate bien une augmentation continue des dépenses, même si les chiffres pour les EPS doivent être admis avec précaution. *« S'agissant des établissements de santé du secteur public (...), la connaissance des volumes d'activité en*

¹⁵ COUR DES COMPTES, « *La Biologie médicale* », *Rapport public commandé par la Commission des affaires sociales du Sénat*, Juillet 2013, p32

¹⁶ COUR DES COMPTES, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Sept. 2013, p373

¹⁷ COUR DES COMPTES, « *La Biologie médicale* », *Rapport public commandé par la Commission des affaires sociales du Sénat*, Juillet 2013, p7

¹⁸ La méthode de l'ATIH inclut les dépenses de personnels médicaux et non médicaux rattachés aux unités fonctionnelles des laboratoires, les dépenses à caractère médical, les dépenses logistiques, et les charges d'amortissement et provision – défalquées de recettes subsidiaires.

¹⁹ *Ibid.*, p40-41

biologie médicale se heurte aux mêmes difficultés méthodologiques que celles des dépenses et ne permet pas une approche fiable. La Statistique Annuelle des Etablissements répertorie le nombre de B par fonction. Elle ne fournit pas de données sur l'évolution du nombre d'actes indépendamment du nombre de B, qui est sujet aux variations de coefficients des actes »²⁰. Elle est de plus fondée sur un régime déclaratoire.

Là encore, la précision de l'état des lieux de la biologie fait défaut, mais permet au moins à ce stade de tracer les tendances et d'estimer le rôle pivot de la biologie à l'hôpital. Ainsi, à l'aune de cette augmentation forte des volumes et des dépenses, la question de la pertinence des prescriptions trouve un nouvel écho.

1.1.2 La biologie à l'hôpital est pourtant insuffisamment pertinente et requiert une analyse de ses mésusages

Le panel des examens de biologie médicale pratiqués à l'hôpital public est très large, et s'effectue souvent dans un temps contraint. Des examens les plus complexes aux examens courants, en passant par les analyses d'urgence, la biologie hospitalière est un outil d'aide à la prise en charge éminemment précieux à l'hôpital, et à ce titre, demeure un sujet délicat à remettre en question. Pourtant, soumise au facteur humain, des dérives sont possibles à chaque étape de la prise en charge d'un patient. Il est dès lors nécessaire d'admettre l'utilité d'un encadrement plus strict des prescriptions au regard de certaines anomalies dans la qualité des prises en charge, lesquelles peuvent s'exprimer en mésusage, surusage, ou sous-usage.

▪ **Le constat de la non-pertinence en biologie : des dérives du quotidien**

L'Académie Nationale de Médecine dans son rapport de 2013 relatif à la pertinence des stratégies médicales et le groupe de travail de la Fédération Hospitalière de France, qui s'est réuni à neuf reprises entre 2009 et 2010, dressent un constat similaire des « *microdérives* » du quotidien qui produisent les « *macrodéficits* »²¹ :

- Les examens complémentaires formulés en bloc et les prescriptions dites « floues »²², à l'image des bilans thyroïdiens. En regroupant automatiquement les examens, et en associant d'office des examens de première et de seconde intention, la prescription perd sa pertinence. Au contraire, les examens complémentaires devraient venir contrôler des hypothèses et être échelonnés dans le temps en fonction des résultats.

²⁰ Ibid., p39

²¹ MORNEX René, « *Evaluation de la pertinence des actes* », *Revue Hospitalière de France*, n°537, Nov-Déc 2010, p44

²² MORNEX René, « *Améliorer la pertinence des stratégies médicales* », *Rapport de l'Académie Nationale de Médecine*, Avril 2013, p13

- La superposition d'analyses explorant la même pathologie. L'une est souvent plus récente, l'autre moins, mais toutes deux apportent des informations supplémentaires et sont réalisées simultanément. Comme souvent en France, la logique est davantage à la superposition qu'à la substitution des outils.
- Les prescriptions redondantes, favorisées par la complexité des parcours patients à l'hôpital. L'organisation de l'hôpital public multiplie les risques de redondances par la réalisation d'examens déjà réalisés en ville, entre services d'un même établissement, entre les urgences et le service d'hospitalisation, etc., suivant le parcours du patient. Les effets pervers de l'organisation hospitalière couplés à des prescriptions généralistes à spectre large expliquent que des prescriptions ne soient pas systématiquement justifiées. Parallèlement, le laboratoire, travaillant en flux continu et sous contrainte de temps, ne dispose pas du recul nécessaire à l'analyse des prescriptions. Plusieurs facteurs propres à la biologie hospitalière renforcent ces dérives : la nécessité de diagnostics rapides et parfois dans l'urgence, la grande diversité des pathologies rencontrées, le suivi régulier des malades hospitalisés, etc.
- Les répétitions inutiles d'analyse. Ceci est particulièrement vrai pour les prescriptions de routine, favorisées par l'automatisation des processus.
- Les examens conditionnés à une mauvaise interprétation, confondant une anomalie mineure à une pathologie. L'abus de la formule des valeurs normales est ici mis en avant. En effet, « on entend parfois dire "c'est normal, mais ça serait mieux plus bas" »²³, en particulier pour les explorations lipidiques. Il est rappelé qu'une « valeur normale ne couvre que 95% de la population et qu'une dérive de faible amplitude (...) n'a pas de sens s'il n'y a pas en face une expression de symptômes »²⁴.
- Les examens prescrits « pour voir », « pourquoi pas », « au cas où », souvent sous la pression de patients désireux d'être rassurés.
- L'insuffisance de l'évaluation clinique en France, qui conduit à user d'examens biologiques sans réelle efficacité.
- Le non-respect des recommandations de bonne pratique.

Ce sont, par accumulation, l'ensemble de ces dérives du quotidien qui nuisent à la juste prescription et qui rongent sur la qualité des prises en charge et l'efficacité.

▪ **Les causes de la non-pertinence en biologie**

Néanmoins, si l'identification des dérives est un premier point de départ, l'analyse de leurs causes paraît nécessaire. Plusieurs explications peuvent être mises en avant :

²³ MORNEX René, « Evaluation de la pertinence des actes », *Revue Hospitalière de France*, n°537, Nov-Déc 2010, p44

²⁴ MORNEX René, « Améliorer la pertinence des stratégies médicales », *Rapport de l'Académie Nationale de Médecine*, Avril 2013, p13

- Le triomphalisme de la technique. « *Si la technoscience donne à la médecine des moyens de plus en plus sophistiqués, il revient au médecin d'en faire un usage pertinent. Or aujourd'hui cela ne va pas de soi* »²⁵.
- La peur d'ignorer un état pathologique conjointement à « l'application déraisonnable du principe de précaution »²⁶. Ce phénomène s'entend dans le contexte de judiciarisation de la société. Pour le médecin, s'exerce la menace croissante de poursuites judiciaires, justifiant donc une « couverture médicale ».
- La pression du patient et de sa famille qui, de plus en plus exigeant pour lui-même et son entourage, requiert la mise en œuvre de tous les moyens à disposition. Ce phénomène se couple à la médicalisation de l'information, et à la banalisation de l'information médicale en ligne. Celles-ci ont eu pour effet de rendre les usagers davantage exigeants, parce que davantage angoissés par un trop plein d'information aux contenus inégaux, et dont ils ne savent que faire. La pertinence des actes ne peut se comprendre aujourd'hui que dans le cadre d'une société consumériste.
- La durée moyenne de séjour (DMS), d'environ trois jours, qui rend quasiment impossible une solide formation clinique et qui met les équipes médicales sous un impératif permanent d'urgence. « *A disparu la participation à une discussion raisonnée sur la stratégie de conduite du diagnostic avec des étapes de plus en plus complexes, au fur et à mesure que les premiers résultats apparaissent* »²⁷. Aujourd'hui, « *la gamme totale des explorations est lancée, alors que l'une d'entre elles pourraient occulter et rendre obsolète la suivante* ». De même, le manque de temps fait défaut à la juste prescription. Le Dr DE LARRARD, biologiste, d'interpeller « *Comment être pertinent quand on sait dans quelles conditions travaillent la plupart des médecins ? Il faut pouvoir se poser, prendre le temps avec le malade* »²⁸.
- Le manque d'échange interprofessionnel. « *Il y a certes des échanges entre les biologistes et les médecins prescripteurs, mais pas assez ! Les biologistes ne communiquent pas encore assez avec leurs correspondants* »²⁹.
- La formation clinique insuffisante. René MORNEX souligne que beaucoup d'examens sont réalisés par ignorance des possibilités offertes par un examen clinique.
- Le faible nombre de référentiels en biologie médicale, de surcroît, rarement relatifs aux actes les plus fréquemment réalisés. Ces référentiels répondent pourtant à un véritable besoin. Selon l'article L.6211-9 du Code de la Santé Publique, lorsqu'il

²⁵ Dr MARIMBERT J-J, « *Pertinence ? Le regard du philosophe* », in *Question Santé – Le Magazine de l'ARS Midi-Pyrénées*, n°5, Février 2012, p8

²⁶ Pr VINEL J-P, « *La pertinence des actes: les bases techniques et pédagogiques* », in *Question Santé – Le Magazine de l'ARS Midi-Pyrénées*, n°5, Février 2012, p3

²⁷ MORNEX René, « *Evaluation de la pertinence des actes* », *Revue Hospitalière de France*, n°537, Nov-Déc 2010, p45

²⁸ Dr DE LARRARD B., « *La pertinence des actes: on pourrait faire mieux* », in *Question Santé – Le Magazine de l'ARS Midi-Pyrénées*, n°5, Février 2012, p7

²⁹ Id.

existe des recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité de Santé (HAS), le biologiste assure la conformité des examens réalisés à ces recommandations, sauf avis contraire du prescripteur. Cela offrirait un surcroît de légitimité aux biologistes pour intervenir dans la prescription du clinicien. De plus, outre leur faible nombre, leur appropriation par la communauté médicale n'est pas toujours satisfaisante. Si la CNAMTS relaie ces référentiels dans ses actions de maîtrise médicalisée, le résultat est inférieur aux attendus. A titre d'exemple, l'action sur les dosages d'hormones thyroïdiennes en 2008 affichait un objectif de 15 millions d'euros d'économies, quand l'impact fut de 5 millions. Enfin, l'élaboration et la diffusion de ces référentiels est encore trop longue, entre la constatation d'une dérive et la mise en œuvre d'une recommandation. Le dosage de la vitamine D offre un parfait exemple. En montant remboursable, son coût est passé de 13 millions d'euros en 2007 à 92,7 millions en 2011. C'est l'acte qui a le plus contribué à la croissance des dépenses entre 2009 et 2011, sans que la baisse du prix de l'acte (B110 en 2008 à B65 en 2013) n'enraye la progression. Il aura pourtant fallu attendre 2013 pour qu'une note de cadrage soit publiée.

- Le système d'organisation des soins. Les seuils d'activité exigés pour le maintien des autorisations et l'acquisition d'équipement peuvent générer des dérives collectives. « *Beaucoup considèrent que les seuils d'activité sont trop bas, ce qui peut entraîner des dérapages consuméristes* »³⁰.

Dès lors, à l'aune de ces pratiques constatées, la maîtrise des dépenses de biologie médicale par une action déterminée sur la juste prescription apparaît nécessaire. Celle-ci constitue un levier à forts enjeux pour les établissements de santé.

1.1.3 L'optimisation de la prescription de biologie à l'hôpital est un levier à forts enjeux

L'optimisation de la prescription de biologie à l'hôpital relève d'un double enjeu, et commande en conséquence aux établissements de se saisir de la problématique.

▪ **Un enjeu éthique et qualitatif**

« A l'instar de l'égalité d'accès aux soins et de la prise en charge de la précarité, la pertinence des soins représente un enjeu éthique : les actes inutiles peuvent être préjudiciables aux patients. Nos objectifs visent à identifier la non-qualité pour améliorer le service rendu au patient. Ce faisant, nous limiterons les coûts produits par les actes non

³⁰ MORNEX René, « *Améliorer la pertinence des stratégies médicales* », *Rapport de l'Académie Nationale de Médecine*, Avril 2013, p7

pertinents »³¹. Aussi la démarche est-elle avant tout qualitative, et même déontologique. En effet, les articles du Code de déontologie interdisent de faire courir tout risque injustifié au patient. Le respect de l'arbitrage risques/avantages est la base du raisonnement médical. « *L'acte doit être approprié à la circonstance alors même que la circonstance est variable dans le temps et l'espace* »³², et c'est bien là la principale difficulté. « *Le principe déontologique le plus solide de notre Code stipule que le médecin est au service de l'individu et de la santé publique. Ce petit « et » lie la prise en charge d'un individu à la collectivité dont il fait partie* »³³. Il impose de prendre en compte l'environnement de prise en charge du patient. Dès lors, opposer la qualité à l'efficience – comme c'est encore parfois le cas – manque de tout fondement. Si la politique de juste prescription est une démarche qualitative, cela ne la rend pas incompatible avec la possibilité de dégager des marges de manœuvre financières.

En effet, « *pratiquer le juste soin au juste prix, c'est l'occasion de préserver et de développer les moyens de répondre aux vrais besoins de santé dans un contexte de budget limité. L'exercice demande une certaine maturation* »³⁴ mais des outils existent. Déjà dans la V2010, le manuel de Certification de la HAS incluait des éléments de pertinence des soins. Le critère 28b, reconduit dans la V2014, relatif à la pertinence des soins, invite l'EPS à conduire un nombre déterminé de démarches d'évaluation de la pertinence des soins (hospitalisations, prescriptions médicamenteuses, examens de laboratoire, d'imagerie, etc.). L'objectif est de « *permettre de renforcer la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge des patients* »³⁵. Pour cela, il est prescrit de prévoir les enjeux liés à la pertinence des soins en les identifiant dans l'établissement, de mettre en œuvre des analyses de la pertinence et des actions d'amélioration, et de poursuivre par une démarche d'évaluation et d'amélioration continue.

Cet impératif qualitatif est en outre prescrit par trois autres critères du manuel :

- Critère 21a – Prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats. Il est rappelé l'exigence que « *chaque réalisation d'examen réponde à une question clinique, évitant ainsi les examens de laboratoire systématique ou non adaptés à l'état de santé du patient* »³⁶.
- Critère 21b – Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale ;

³¹ PICHAN M., « *Pertinence des soins - Un enjeu éthique, une valeur de l'hôpital public* », *Revue Hospitalière de France*, n°537, Nov-Déc 2010, p46

³² Pr ROUGÉ D., « *La pertinence des actes de soins - les bases éthiques et déontologiques* », in *Question Santé – Le Magazine de l'ARS Midi-Pyrénées*, n°5, Février 2012, p2

³³ Id.

³⁴ PICHAN M., « *Pertinence des soins - Un enjeu éthique, une valeur de l'hôpital public* », *Revue Hospitalière de France*, n°537, Nov-Déc 2010, p46

³⁵ HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, Jan 2014, p77

³⁶ Ibid., p67

- Critère 4b – Amélioration de l'efficience. « *La recherche d'efficience est celle du meilleur niveau de qualité au moindre coût* »³⁷. Cette exigence conduit les responsables d'hôpitaux à réaliser des analyses du fonctionnement et de l'utilisation des ressources, et à mettre en œuvre des solutions d'optimisation.

Aussi la juste prescription est-elle un sujet à la croisée de la qualité et de l'efficience. C'est cet aspect multidimensionnel qui en fait un enjeu pour l'avenir des EPS.

▪ **Un enjeu d'efficience et de performance organisationnelle**

En matière de consommation de biologie, l'enjeu financier pour un EPS n'est pas négligeable. Le financement de la biologie – hors consultations externes – étant intégré à des tarifs globaux, toute inflation du nombre d'actes réalisés au cours d'un séjour ne débouchera sur aucun financement supplémentaire de l'Assurance Maladie. Le coût devra être supporté par l'établissement. L'hôpital a dès lors tout intérêt à maîtriser les volumes réalisés de biologie et à accroître la performance de ses laboratoires car s'éloigner à la hausse du coût national est un risque financier.

Ce constat n'est pourtant pas aussi simple qu'il n'y paraît. La seule maîtrise des volumes, démarche quasi mathématique, ne suffit pas. Elle n'est pas une démarche pertinente. La juste prescription ne correspond pas à une austérité des prescriptions et au refus des avancées scientifiques et technologiques. C'est au contraire un arbitrage, une balance entre les avantages et les inconvénients pour le patient, pour l'établissement, pour les acteurs intervenant dans la prise en charge. L'enjeu est aussi organisationnel.

Certes, il convient de réduire les bilans biologiques de routine, les dosages systématiquement groupés, les actes dont la répétition est inutile... L'objectif attendu est une diminution du coût de la biologie, mais également une désaturation du plateau technique de biologie. A l'heure où les effectifs médicaux et paramédicaux des laboratoires sont en baisse, c'est un impact organisationnel très attendu. Il doit permettre d'améliorer la fluidité du traitement des prélèvements, de réduire le délai de rendu des résultats, et *in fine* de traiter l'utile et le nécessaire. Au bout de la chaîne de soins, ce sont des patients plus rapidement pris en charge – diagnostiqués ou traités – et plus rapidement admis comme sortants. L'impact positif sur la durée moyenne de séjour est un objectif affiché de la démarche de juste prescription.

A contrario, si l'objectif demeure la fluidité des parcours patients, il ne s'agit pas de rejeter aveuglément la biologie dans ce qu'elle a de plus spécialisé et donc de plus coûteux. Les avancées technologiques permettent des analyses très coûteuses, mais à forte valeur ajoutée pour le patient et son hospitalisation. C'est cet arbitrage qu'il est indispensable de faire dans une démarche de juste prescription. Un dosage *a priori*

³⁷ Ibid., p26

fortement coûteux pourra garantir une fiabilité des résultats, un délai de rendu particulièrement rapide, et sécuriser la prise en charge du patient, qui sera rapidement mis sous une thérapeutique adaptée. Si une analyse est objectivement très chère mais qu'elle permet de diminuer la DMS, elle sera à la fois rentable et profitable au patient, dont la meilleure place pour une convalescence n'est pas à l'hôpital.

Aussi l'enjeu de la juste prescription est-il multidimensionnel. « *La pertinence exige en fait une vigilance constante à laquelle chacun doit être sensibilisé. Il s'agit non d'un problème d'économie de santé, mais d'une question plus centrale intéressant l'efficacité, la sécurité, et la qualité d'une prise en charge* »³⁸. Elle est en conséquence un levier d'avenir pour les établissements de santé. Pourtant, en l'état, peu d'actions ont été mises en place. C'est la raison pour laquelle le Centre Hospitalier de Valence a souhaité entreprendre une démarche d'analyse de la question et insuffler une nouvelle dynamique d'établissement pour instaurer cette « *vigilance constante* » dont parle le Pr. VINEL.

1.2 L'illustration du CH de Valence confirme les constats nationaux et interpelle sur la difficulté à dresser un état des lieux

Le Centre Hospitalier de Valence, aux balbutiements d'une réflexion sur la pertinence des actes de biologie, illustre les étapes de cette délicate démarche et les difficultés rencontrées dans les critères d'analyse de la pertinence.

Pour témoigner de cette expérience, il convient d'abord de présenter le laboratoire de biologie du CHV pour en saisir le contexte et les enjeux (1.2.1), puis d'étudier sa consommation de biologie, dont on verra que l'évolution confirme les constats nationaux (1.2.2). Enfin, nous soulignerons les difficultés rencontrées dans l'analyse de la pertinence des prescriptions, et l'incapacité de dresser un état des lieux précis (1.2.3).

1.2.1 Le laboratoire présente des procédures dédiées aux trois phases de production

▪ Un laboratoire pluri-spécialisé

Le LBM du CH de Valence se compose de trois unités fonctionnelles (UF) :

La Biochimie, la plus automatisée, qui traite les plus gros volumes. Elle permet notamment la réalisation des dosages de glucose, cholestérol, triglycérides, glycémie, ionogrammes, gaz du sang, et les marqueurs thyroïdiens, tumoraux et cardiaques.

La Biologie qui se subdivise en quatre activités : l'Hématologie (globules blancs, plaquettes, coagulation...), aussi très automatisée ; La Bactériologie, activité encore peu

³⁸ Pr VINEL J-P, « *La pertinence des actes: les bases techniques et pédagogiques* », in *Question Santé – Le Magazine de l'ARS Midi-Pyrénées*, n°5, Février 2012, p3

automatisée, dont les délais de rendu sont plus longs, et où la complémentarité clinico-biologiste est plus fortement ressentie. ; l'auto-immunologie ; et la sérologie ;

La Cytogénétique : pour rechercher des anomalies chromosomiques, des maladies hémato-oncologiques, pour les diagnostics anténataux, etc. Financée par MIGAC, l'activité est exclue de cette étude au regard de ses spécificités.

▪ Des moyens dédiés

Les effectifs médicaux du LBM comptent 8,25 ETP, dont 4 praticiens hospitaliers, deux assistants spécialistes, et deux praticiens attachés. Le service est sous la responsabilité d'un biologiste praticien hospitalier, coordonnateur médical chef de Service. Pour chaque secteur technique, un biologiste est nommé référent. De même, l'équipe est structurée en référents pour porter une démarche continue de management de la qualité. Il y a un référent pour la Qualité, l'informatique, la réactovigilance, la métrologie, et un référent désigné pour le paramétrage et le déploiement de la prescription connectée.

Qualification	ETP	Personnes physiques
Cadre	1,8	2
IDE	3	5
Aide de laboratoire / ASHQ	4,7	5
Technicien de laboratoire	39,7	47

Le laboratoire assure la continuité de l'activité, et fonctionne H24. A partir de 16h30, heure à laquelle les effectifs sont réduits, le laboratoire ne réalise plus que les examens dits de la « liste de garde » (correspondant au *recto* du bon de prescription). Les autres ne sont réalisés qu'en cas d'urgence et après échange avec le biologiste de garde. L'astreinte médicale se déclenche tous les jours de 18h à 8h, les week-ends et jours fériés. La garde est assurée par deux techniciens.

Financièrement, le laboratoire est excédentaire de 285 642€ en 2013 contre 190 260€ en 2012, malgré un coût de production complet unitaire en légère augmentation. En effet, en coût complet, produire un examen de biologie au CHV coûte 0,244€/B en 2013, contre 0,241€ en 2012. Cela se justifie par l'augmentation des charges de personnel (+74 000€) et de maintenance biomédicale (+56 000€).

Les tarifs de cession du B sont supérieurs au coût de production. Le B est ainsi vendu à 0,27€ pour l'activité externe publique, et à 0,255€ pour l'activité interne hospitalière selon l'application d'un taux correcteur de 50%. En effet, le coût Base d'Angers étant inférieur à la moyenne nationale, il permet au laboratoire de facturer en interne ses prestations à un tarif supérieur au coût de production.

Tarif de cession de la biologie médicale (B et BHN) au CHV en 2013

Coût unitaire de production (A)	0,244€
Coût de l'unité d'œuvre Base d'Angers 2012	0,198€
Coût de l'unité d'œuvre CHV 2012	0,176€
Ecart	0,032€
% de l'écart impacté sur le service	50%
Impact (B) = marge contractualisée	0,011€
TARIF DE CESSION (A+B)	0,255€

▪ Des organisations structurées aux trois phases de production

La biologie médicale au CHV est structurée à chacune des trois phases de production³⁹. Un « manuel qualité » cadrant le fonctionnement et l'organisation du laboratoire existe, de même qu'un guide des prélèvements – disponible sur l'Intranet – permettant d'accompagner les soignants sur la méthode des prélèvements.

La phase pré-analytique débute toujours par une **prescription**. Celle-ci est un acte médical. Elle est réalisée au CHV sur la base de bons de prescription personnalisés par service⁴⁰. Le panel des examens demeure le même, mais le bon est marqué du code-barres de l'UF dont il émane pour en faciliter la réception au LBM. Mis en place en 2009, et réactualisé annuellement, il existe trois bons : un bon blanc pour la biologie, un bon jaune pour la bactériologie, et un bon bleu pour les examens externalisés.

Les règles de remplissage des bons sont définies dans le Guide de prélèvement. Il est rappelé qu'il doit y être obligatoirement fait mention de la date, de l'heure, de l'identification du prescripteur, du préleveur, du patient, du type de prélèvement, du site anatomique d'origine, et de la nature des examens prescrits. Les éléments cliniques pertinents doivent être portés au bon d'examen. Un défaut de renseignements complique l'interprétation du résultat et limite la pertinence du rendu, et à terme de l'examen.

L'établissement reconnaît trois types de **prélèvements**, desquels dépendra la procédure d'acheminement de l'échantillon du service vers le laboratoire :

- Le prélèvement dit classique : le transport est assuré par pneumatique. **L'acheminement** dure moins d'une minute trente secondes.
- Le prélèvement pour urgence vitale ou pour accident d'exposition au sang (AES) : lequel sera prioritairement acheminé au laboratoire par un agent du service, qui le remettra en mains propres à un agent du LBM.
- Le prélèvement dit précieux : issu de gestes invasifs, douloureux ou risqués qui commandent à la plus grande rigueur dans l'acheminement. C'est par exemple le

³⁹ Voir Annexe 1 « Schéma du fonctionnement général du processus de biologie au CHV » pour disposer d'une vision synthétique

⁴⁰ Voir Annexe 2 « Exemple de Bon de prescription en biologie médicale »

cas des ponctions lombaires. Dans ce cas, les prélèvements ne peuvent courir le risque d'être perdus dans le circuit de transport ou bloqué dans le pneumatique.

A réception, le technicien du LBM scanne la prescription dans le système d'information. L'échantillon est conservé selon les règles prescrites par le prélèvement.

La phase analytique consiste ensuite en le processus technique permettant l'obtention du résultat.

La phase post-analytique commence par la **validation du résultat**. Un logiciel expert valide informatiquement près de 80% des rendus dès leur sortie de l'automate. Cette validation diffère de la validation biologique qui suppose une signature du biologiste, qui lui donne force légale. Près de 20% des résultats ne peuvent être validés informatiquement, et requièrent le regard du biologiste. Celui-ci assure **l'interprétation** et la validation du résultat. Il peut y adjoindre des observations et/ou conseils complémentaires pour le clinicien. *A contrario*, il peut avoir besoin de consulter le dossier patient pour disposer de signes cliniques manquants sur le bon de prescription.

Ainsi validé, le résultat peut être délivré au service prescripteur. La **transmission du résultat** se fait via le dossier patient informatisé (système intégré dit *CristalNet*). Il pourra être imprimé et adressé en format papier pour les services non informatisés ou extérieurs à l'établissement. La transmission peut être appuyée par une communication téléphonique entre le biologiste et le prescripteur pour complément d'information.

1.2.2 L'étude de la consommation de biologie au CHV confirme les évolutions nationales d'activité et les dérives constatées

L'analyse de l'évolution de l'activité de biologie médicale au CH de Valence conforte les constats nationaux dressés précédemment. La tendance est là aussi à l'augmentation de la biologie en volume et en dépense, au même titre que ce que constate la Cour des comptes dans son rapport sur la biologie médicale en 2013.

▪ **L'augmentation de l'activité en volume d'actes et de B**

Les rapports d'activité de ces dernières années mis bout à bout, la tendance est saillante. Elle témoigne de la forte croissance d'activité en actes et en B.

Evolution d'activité des UF de Biologie et Biochimie entre 2010 et 2013

	2010	2011	2012	2013	Part d'évolution 10/13
En actes	841 278	988 592	1 179 002	1 237 910	32%
En B	22 594 937	24 267 171	26 251 513	26 506 078	14,7%

Aussi constate-t-on une augmentation de +396 632 actes entre 2010 et 2013, soit une croissance du volume d'actes de 32% en quatre ans. La tendance est celle d'une augmentation continue et soutenue, quoique légèrement infléchie entre 2012 et 2013. La croissance des volumes d'actes est surtout manifeste entre 2010 et 2011 (+147 314) et davantage encore entre 2011 et 2012 (+190 410), à moyens constants.

L'évolution en nombre de B est également fortement soutenue, mais moitié moins que pour les actes. Deux raisons peuvent expliquer cette moindre évolution. D'abord, la baisse de la cotation des actes décidée nationalement dévalue la valeur du B. Ensuite, la possibilité qu'il s'agisse davantage de prescriptions d'actes de routine, qui ont certes augmenté massivement, mais dont la valeur intrinsèque en B reste faible. De fait, la croissance demeure saillante, avec +3 911 141 B en quatre ans, soit une part d'évolution de 14,7%. L'augmentation est là encore particulièrement forte entre 2010 et 2012, après quoi on constate un infléchissement.

Interpréter cette double augmentation demeure délicate en l'absence d'un suivi régulier qui, seul, aurait permis une interprétation pertinente de la situation. Toujours est-il que cette augmentation doit se comprendre en lien avec la forte croissance d'activité que connaît le CH de Valence. En effet, *« l'année 2012 fut l'année des records. La plupart des chiffres d'activité sont éloquentes du dynamisme de l'établissement. Si l'on prend en compte le nombre d'effectifs nouveaux créés, le nombre de lits ouverts, l'accroissement du volume d'activité, nous pouvons considérer que nous avons mis en fonctionnement sur une seule année des moyens supplémentaires d'un petit centre hospitalier »*⁴¹. L'augmentation du nombre de séjours, exprimés en résumé d'unité médicale (RUM), témoigne de cette croissance d'activité. De 47 322 RUM et 8 674 séances en 2010, l'activité est passée à 55 083 RUM et 9 219 séances en 2013, soit une croissance de +14%. Le nombre de premiers passages aux urgences a également bondi, passant de 56 123 en 2010 à 64 280 en 2013, soit une évolution de +12,7%.

Parallèlement, l'infléchissement de l'augmentation du nombre de B et d'actes entre 2012 et 2013 est-il à mettre en relation avec la mise en place des CREO en 2012 ? Cette visibilité des pôles sur leurs dépenses, et notamment leurs dépenses de biologie, a-t-elle pu avoir un impact ? Ou l'infléchissement est-il simplement conjoncturel ? La question demeure et appelle une attention particulière pour les évolutions annuelles à venir.

▪ **L'augmentation des dépenses liées à l'activité de de biologie médicale**

Tout comme le constate la Cour des comptes pour la biologie médicale au niveau national, les dépenses de biologie du CHV sont en augmentation. Les dépenses du LBM pour la production des analyses croissent en effet de +24% en 4 ans.

⁴¹ BERNARD Jean-Pierre, *Rapport d'activité 2012 du Centre Hospitalier de Valence*, Juin 2013, p4
Jeanne SOULARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2014

Evolution des dépenses des UF de Biologie et Biochimie entre 2010 et 2013

	2010	2011	2012	2013	Part d'évolution 10/13
Dépenses	1 341 293 €	1 549 016 €	1 727 949 €	1 776 122 €	24 %

Là encore les évolutions sont particulièrement fortes avant 2012, à l'image de l'activité. Plus récemment, de 2012 à 2013, la progression des dépenses représente moins de 50 000€, soit 2,7% seulement de la masse financière en jeu. De même, l'augmentation des dépenses est moitié moindre que celle du nombre d'actes sur la même période, et sans prise en compte de l'augmentation structurelle des tarifs des réactifs. Cela témoigne de la productivité du LBM, qui compétitif et performant, parvient à atténuer l'effet volume, dans la veine des constats nationaux.

▪ Des dérives du quotidien qui se confirment à l'épreuve du terrain

Considérant que le nombre d'actes a augmenté de 32% entre 2010 et 2013, et que le nombre de séjours hospitaliers a augmenté de seulement 14% sur la même période, on comprend que le risque financier lié à l'inflation de la biologie est tout entier porté par l'établissement. En effet, « toute inflation du nombre d'actes propre à l'activité de biologie médicale en hospitalisation qui serait supérieure à l'augmentation du nombre de séjours (...) ne déboucherait sur aucun financement supplémentaire correspondant de l'assurance maladie [et] devrait être supporté par l'établissement »⁴².

Si on admet maintenant que l'inflation de 32% d'actes ne distingue pas les actes internes et externes, on reconnaît que l'exercice a ses limites. Cependant, appliqué aux années 2010-2011, dont l'évolution fut forte, et en ne prenant en compte que les actes liés à l'hospitalisation au CHV, on constate que la démonstration demeure pertinente.

Année	Nombre de RUM	Part d'augmentation	Nombre d'actes (en hospitalisation)	Part d'augmentation
2010	47 332	+ 4,45%	753 618	+ 7,15%
2011	49 528		811 716	

Cette inflation ainsi supportée par l'établissement, il convient de s'interroger sur les pratiques de prescription. En la matière aussi les constats nationaux se vérifient, même s'ils relèvent davantage d'observation de pratiques et de retours qui me sont faits lors des entretiens que de situations objectivées.

La pratique des bilans groupés et des prescriptions « floues » est très répandue au CHV comme ailleurs. Les bons de prescription codifiés, même s'ils contraignent le

⁴² COUR DES COMPTES, « La Biologie médicale », Rapport public commandé par la Commission des affaires sociales du Sénat, Juillet 2013, p32

prescripteur à rentrer dans des cases, sont souvent très largement cochés. Les agents du laboratoire disent enregistrer des fiches de prescription remplies à la hâte, ou une seule ligne verticale vient cocher l'ensemble des items. De cette manière, examens de première et de seconde intention sont mélangés.

La prescription en routine de bilans est également constatée dans les pratiques courantes. Les bilans d'entrée, à spectre large, sont particulièrement usités aux Urgences. Pour le biologiste spécialisé en bactériologie, le recours aux ECBU, aux Urgences, est systématique sans toujours se justifier.

La complexité des parcours patient à l'hôpital se vérifie également au CH de Valence, où des défauts de transmission entre services favorisent les redondances d'examens, préalablement réalisés. Ceci est particulièrement vrai dans le cas des mutations de patients des Urgences vers un service d'hospitalisation. Trois raisons l'expliquent. Le service admettant le patient n'a pas toujours le réflexe de consulter sur le dossier patient *CristalNet* l'onglet des résultats de biologie ; le patient est muté dans le service avant que les résultats de son examen, demandé aux Urgences, ne soient validés et reportés sur *CristalNet*. Le service prescrira alors de nouveau les mêmes examens. Enfin, ces carences de transmission sont renforcées par le fait que le dossier patient du service des Urgences diffère de *CristalNet*.

La dictature de l'urgence, dans laquelle travaille les équipes du CHV, produit les mêmes effets pervers dénoncés par l'Académie de Médecine. La pression à la baisse de la DMS ne laisse pas toujours le temps aux équipes d'être le plus pertinent possible.

Par ailleurs, le renouvellement des internes, à chaque semestre, entraîne souvent une augmentation ponctuelle des prescriptions. La biologie est vécue, à juste titre, comme un outil d'aide au diagnostic et au suivi thérapeutique du patient. Dans la phase d'adaptation et de montée en responsabilité délicate que représente une arrivée dans un nouvel établissement pour un interne, la biologie est du même coup surutilisée.

Parallèlement, dans le fonctionnement quotidien des services, il arrive qu'il y ait des pertes d'information entre le médecin et l'infirmier. Celles-ci se traduiront toujours par du « plus » que par du « moins ». Il y a également un manque d'échange confraternel entre les cliniciens et les biologistes du CHV. Il existe certes des contrats de collaboration avec les services, mais ceux-ci sont restés à l'état d'exercice formel, et ne permettent pas un échange constructif sur les bonnes pratiques. Du reste, les fiches de bon usage de la HAS demeurent mal appropriées, et il n'existe pas de démarche propre à la communauté médicale de l'établissement visant à établir des référentiels de prescription.

Il y a aussi une méconnaissance des coûts réels. Il manque aujourd'hui un retour aux chefs de service de ce que leur consommation de biologie représente, et aux internes, une connaissance de ce qu'ils engagent à chaque prescription.

Par ailleurs, des examens sont prescrits selon une fréquence trop rapprochée, et donc inutile. Le logiciel du LBM peut programmer des redondances, mais l'outil a ses limites. Il n'intervient pas auprès du prescripteur, et est donc dépourvu de vertu éducative.

Les effets de pratique et le « triomphalisme de la technique » se vérifient aussi au CHV. L'innovation est souvent porteuse d'une très forte augmentation des prescriptions. Le dosage de la vitamine D a connu une croissance soutenue ces dernières années au CHV, de façon similaire à ce que souligne la Cour des comptes. Le BNP (*Brain Natriuretic Peptide*), marqueur de l'insuffisance cardiaque, acte coûteux et encore récemment innovant, a aussi connu une augmentation fulgurante comme en témoigne le tableau ci-dessous. La troponine, dans une moindre mesure, témoigne de ces mêmes effets.

Dosage	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Part d'évolution
Vitamine D	NA	2 194	3 216	3 796	5 788	4 498	51%
BNP	160	2 395	2 935	3 469	5 780	6 871	97%
Troponine	NA	NA	15 457	16 513	19 462	18 366	15%

Source : extractions SYNERGIE

Au nombre des dérives, il y a aussi les non conformités de prescription. Cette non-pertinence, davantage qualitative, génère des gaspillages insatisfaisants dans la prise en charge des patients. Les non conformités de prescription ne sont actuellement pas tracées, mais les biologistes font état de ces difficultés récurrentes : absence du nom du préleveur ou du prescripteur, de l'heure, de renseignements cliniques... Ceux-ci sont pourtant indispensables à la pertinence de l'analyse. « *La valeur prédictive d'une analyse diminue jusqu'à être nulle sans renseignement clinique* »⁴³.

De même, le non-respect de certaines modalités de prélèvements annule ou limite la pertinence d'examens. L'exemple de l'hémoculture est bien documenté, et le biologiste y est quotidiennement confronté. Selon les recommandations, l'hémoculture suppose un volume optimal de sang de 60ml, et un minimum de 40ml, seuil en dessous duquel l'identification du germe devient aléatoire. Pourtant, le volume prélevé s'élève souvent entre 2 et 3ml par flacon. Ainsi rempli, le prélèvement sur le patient est plus invasif, les risques de contamination de l'échantillon sont supérieurs compromettant d'autant l'exactitude du rendu, et l'examen coûte plus cher. L'hémoculture représente en effet une part importante de l'activité de bactériologie, et est relativement coûteuse car elle nécessite un réactif spécifique et des automates dont le dimensionnement est directement fonction du nombre de flacons prélevés.

⁴³ Entretien n°2, Dr J. SARTRE, Biologiste, Responsable de l'Unité de Bactériologie, Centre Hospitalier de Valence, le 20/05/2014, à Valence (26)

Aussi cette première analyse de l'activité de biologie au CHV témoigne-t-elle de la similarité des tendances avec les évolutions constatées nationalement. L'analyse ciblée et précise des pratiques de prescription rencontre cependant de fortes limites.

1.2.3 L'analyse de la juste prescription au CHV se heurte au défaut de suivi et d'interprétation de l'activité

Au CH de Valence comme à l'échelle nationale, l'analyse de la consommation de biologie reste encore sommaire. « *Les données sur les actes de biologie médicale dans les hôpitaux et leur coût restent insuffisamment connues et suivies* »⁴⁴. Ce constat se vérifie là encore à l'épreuve du terrain. La principale difficulté de ce travail de recherche fut d'obtenir des données, de les exploiter et de leur donner du sens au regard de l'activité de l'établissement. C'est la limite première de ce sujet, sur la forme comme sur le fond. Sur la forme, parce que cet effort d'analyse rencontre un mur quand il s'agit d'aller plus loin dans l'interprétation de chiffres macroscopiques et de volumes peu parlants, et de les mettre en relation avec des évolutions d'activité de soins, des pratiques médicales, etc. Sur le fond, parce que c'est cet état de fait qui explique que le CHV n'ait pas davantage progressé sur la juste prescription. C'est précisément l'absence – ou au moins la faiblesse – de suivi de la biologie qui témoigne du manque de maturité institutionnelle sur ce sujet. Toute démarche de juste prescription veut qu'il y ait d'abord un suivi rigoureux et régulier des chiffres pour les mettre en perspective, leur donner du sens, et ainsi réfléchir sur les pratiques. Cet échange fait actuellement défaut au CH de Valence.

▪ **Des difficultés rencontrées dans le recueil et l'analyse de l'information**

L'analyse de la consommation de biologie au CH de Valence – point de départ de toute démarche de juste prescription – se heurte à des informations manquantes.

Dans un premier temps, Synergie, le logiciel du laboratoire, ne permet pas de requêter le nombre de dossiers traités au global ou sur une période donnée. Un dossier est entendu comme un enregistrement généré par un bon de prescription. Cela permettrait pourtant de savoir le nombre moyen d'actes prescrits sur un bon, et d'étudier la tendance aux prescriptions groupées. Pour la même raison, il n'est pas possible de connaître le nombre de patients ayant fait l'objet d'un examen de biologie.

Dans un deuxième temps, des changements de périmètres peuvent brouiller l'analyse et compliquer les comparaisons. Des changements d'automates ou de formules de dosage peuvent fausser une analyse au long cours.

⁴⁴ COUR DES COMPTES, « *La Biologie médicale* », Rapport public commandé par la Commission des affaires sociales du Sénat, Juillet 2013, p46

Dans un troisième temps, les requêtes réalisées sur le logiciel n'ont pas permis de distinguer les B internes et externes. Si la juste prescription s'intéresse à toutes les pratiques de prescription, la réalité financière interpelle sur la nécessité de contrôler davantage les prescriptions internes pour le coût qu'elles représentent pour l'hôpital.

De façon générale, le défaut le plus criant est sans doute l'absence de suivi régulier. Il n'existe pas de point de référence dans l'établissement à partir duquel suivre la consommation de biologie et l'interpréter. A titre d'exemple, le dosage de la vitamine D a, comme vu précédemment, connu une forte augmentation entre 2009 et 2012 au CHV (de 2 194 à 5 788). Au contraire, la courbe s'inverse en 2013, avec une baisse de 22% des prescriptions (-1 290 actes). Cette diminution peut-elle s'expliquer par la parution de l'évaluation clinique de l'utilité du dosage de la vitamine D par la HAS en 2013, ou l'explication est-elle autre ? De même, la diminution du nombre d'ECBU de 10% entre 2012 et 2013, et plus globalement de 5% entre 2011 et 2013 est-elle en lien avec l'analyse de pertinence conduite par le laboratoire en 2011 ? Celle-ci concluait à 26,5% de demandes non pertinentes au regard du bon de prescription ou du dossier médical.

A terme, les chiffres macroscopiques issus des requêtes, souffrant d'un manque d'interprétation régulière, ne permettent pas une analyse de la pertinence des pratiques. L'interprétation d'évolutions sur une longue période – 2010-2013 par exemple – est aujourd'hui dénuée de sens parce qu'elle est déconnectée des faits des services, et parce qu'elle se fait *a posteriori* sans favoriser de réflexion confraternelle sur les pratiques.

▪ **Donner du sens aux chiffres : l'analyse des tendances d'évolution**

Confrontée à ce constat, l'objectif de mon travail fut donc de dégrossir la masse informe des données extraites du logiciel et de leur donner du sens. Le but recherché fut de disposer d'un premier point de référence, à partir duquel tracer une première tendance d'évolution et des points d'alerte qui pourront constituer des éléments de suivi.

La démarche a tout à la fois été macroscopique et ciblée sur certains actes et par services. Faute de pouvoir donner du sens aux chiffres, le choix a été fait de leur donner une direction en étudiant leur évolution sur une période d'analyse suffisamment longue. Il a d'abord fallu déterminer les 60 actes les plus réalisés au CHV. Le choix a ensuite été fait de les étudier sur quatre ans, de 2010 à 2013, pour tracer une tendance structurelle. Il convient de rappeler que l'étude est à cotation constante, pour en favoriser la comparaison, bien que des actes aient perdu de leur valeur en B sur la période.

Suivre les 60 actes les plus réalisés en volumes et en dépenses au CH de Valence peut paraître excessif, mais le choix d'un spectre large est volontaire. Il doit constituer un point de référence, un premier état des lieux de la consommation de biologie dans l'établissement. Les tableaux en annexe 3 font apparaître en volume et en valeur

ces principaux dosages⁴⁵. En regardant le substrat des dix premiers actes les plus réalisés, on constate que les plaquettes et numérations plaquettaires occupent le haut du tableau, comme c'est également le cas au niveau national. Surtout, la mise en perspective des actes les plus prescrits en volume et des actes les plus coûteux interpelle. Elle permet de mettre en évidence deux leviers d'action pour un établissement, deux points de vigilance : l'effet volume et l'effet valeur. La troponine est une illustration parlante. Ne figurant pas au nombre des actes les plus prescrits, sa valeur intrinsèque de 65B la hisse au 4^{ème} rang des actes les plus coûteux pour l'établissement en 2013. De même, les gaz du sang artériel, coté 75B à la NABM, est le 10^{ème} acte le plus coûteux, représentant 165 084€ de coût de production en 2013, alors qu'ils ne figurent pas aux actes les plus prescrits. *A contrario*, les dosages du potassium et du sodium sont parmi les actes les plus prescrits au CHV, sans doute dans le cadre de bilans groupés, mais n'ont pas d'impact en coût similaire. Ils représentent respectivement 152 711€ et 151 600€ en 2013. Ce constat appelle à agir sur le volume. Trois leviers existent :

- Les actes fortement prescrits à haut coût de production ;
- Les actes fortement prescrits à faible coût de production ;
- Les actes modérément prescrits au fort coût de production

Top 10 des actes les plus prescrits (2013)

Paramètre	Actes prescrits
Plaquettes	95 732
Num° plaquettaire	95 716
Protéines totales	95 310
Créatinine	91 737
Potassium (K)	89 409
Sodium (NA)	88 759
Iono. (K+NA)	88 705
Urée	88 301
Bicarbonate (CO2)	88 070
Iono. Complet	87 948

Top 10 des actes les plus coûteux⁴⁶ (2013)

Paramètre	Coût volume
Num° plaquettaire	677 286 €
Iono. Complet	579 401 €
Plaquettes	350 562 €
Troponine	291 285 €
Iono. (K+NA)	281 366 €
TP	276 833 €
Protéines totales	209 301 €
CRP	172 479 €
Ion, urée, créa. glyc.	167 501 €
GDS artériel	165 084 €

Le suivi des 60 actes les plus prescrits sur quatre ans, présenté en annexe 4⁴⁷, montre une constance dans les pratiques de prescription. Les actes concernés demeurent peu ou prou les mêmes, et ce sont les mêmes dosages qui tiennent le haut du tableau. La tendance est de façon générale à l'augmentation des prescriptions, et donc de leur coût.

Sur la période, il convient cependant de souligner la part d'augmentation radicale de certains actes, qui appelle un suivi particulier pour les années à venir, et l'application

⁴⁵ Voir Annexe 3 « Classement des actes les plus prescrits au CHV en volume et en valeur »

⁴⁶ Coût volume = coût unitaire de production (0,244€) * cotation en B de l'acte (référence NABM)

⁴⁷ Cf. Annexe 4 « Evolution de la consommation des 60 premiers actes de biologie au CHV »

de mesures concrètes (élaboration de protocoles de prescription, communication-sensibilisation, séniorisation des prescriptions...) : ion, urée, créatinine, glycémie (+61%), BNP (+49,50%), calcium ionisé (+99%) qui interpelle considérant qu'il s'agit d'un BHN, HDL Cholestérol sérum (+75,5%), Ferritine (+26%), AG HBS (+24%), Protéines totales (+25%), Glucose mmol (+23%), Bilirubine totale (+24%)...

Aussi inquiétante est l'augmentation soutenue d'actes déjà fortement prescrits et fortement coûteux comme la numération plaquettaire (+10% sur la période, et près de 3% entre 2012 et 2013), le ionogramme complet (+21% sur la période 2010-2013 soit près de 120 198€), les plaquettes, les protéines totales, etc.

D'autres paramètres, qui sur la période longue ont augmenté en volume et en valeur, connaissent une inflexion à la baisse entre 2012 et 2013. Ces paramètres doivent faire l'objet d'une interprétation pour en expliciter l'évolution, et y apporter des éléments d'explication (activité, pratiques médicales, équipes médicales...) pour en conforter la tendance. Il s'agit principalement de la troponine, de l'urée-créatinine, de la vitamine D, de l'HDL cholestérol sérum, de la myoglobine dans une moindre mesure, et des autres dosages apparaissant en vert dans l'évolution 2012/2013 du tableau en annexe 4.

Ces premiers éléments d'analyse demeurent macroscopiques. Ils informent cependant sur des tendances d'évolution et doivent interpeller personnels administratifs, médicaux et soignants pour générer une réflexion institutionnelle et appliquer des mesures concrètes. Ils doivent permettre de cibler l'action.

En effet, l'hypothèse soutenue à ce stade est que l'inconnue et l'imprécision du suivi de la consommation de biologie est à la fois cause et conséquence de la non pertinence. A notre sens, c'est là que réside le point de départ nécessaire au renversement de la tendance et à l'initiation d'une démarche institutionnelle de juste prescription. Améliorer la visibilité sur la biologie médicale à l'hôpital, c'est déjà se saisir de la question de la non-pertinence et s'engager dans une dynamique vertueuse. Des outils existent, ils doivent être mieux connus et appropriés par l'établissement. Le Centre Hospitalier de Valence doit savoir activer les leviers porteurs de cette démarche.

2 Des outils existent, qui favorisent la juste prescription et garantissent un dialogue institutionnel renouvelé sur la problématique

On l'a vu, le sujet de la pertinence des actes est encore difficilement appréhendé par les établissements, faiblement documenté, et peu approprié par les centres hospitaliers. Tous ne sont pas à égalité dans la façon d'agir sur ce sujet. Le Centre Hospitalier de Valence, conforté comme structure de référence sur les départements de la Drôme et de l'Ardèche, et voué à une croissance et à une spécialisation de ses activités, est aux balbutiements de cette réflexion. Cette situation de départ suppose donc d'abord une institutionnalisation de la problématique. Il faut que l'établissement s'empare comme un tout de cette question au même titre que d'autres projets, qu'il nourrisse le débat, et s'entende sur les modalités d'une politique institutionnelle de juste prescription. Aujourd'hui, la contrainte financière est admise par tous, la territorialisation croissante des activités est entendue de tous, pourquoi alors la juste prescription ne peut-elle pas faire l'objet de cette même appropriation institutionnelle à l'avenir ?

C'est l'objectif vers lequel l'établissement doit tendre. Cela suppose qu'il engage une action cohérente et déterminée pour maîtriser les prescriptions. Cette action doit avoir deux caractéristiques : être une démarche de régulation, et être une démarche professionnelle. L'objectif poursuivi est celui de la promotion et de la systématisation de la pertinence des soins au sein d'une communauté de pairs dans les pratiques quotidiennes.

Pour cela, un panel d'outils existe, plus ou moins complets, plus ou moins coûteux, avec plus ou moins d'impact. D'autres établissements ont déjà engagé cette démarche avec plus ou moins de succès. Ils doivent faire figure d'exemples et de références vers lesquelles se tourner pour demander conseil. D'autres établissements, au contraire, restent au point zéro de cette problématique d'avenir. Le tableau comparatif, présenté en annexe 5⁴⁸, illustre la diversité des outils existants et l'avancée plus ou moins déterminante des établissements dans la démarche.

Au titre de ce travail, nous conseillerons au CH de Valence, et à tout établissement désireux de maîtriser sa consommation de biologie médicale, de se saisir d'outils tant opérationnels que de suivi. En effet, l'acculturation institutionnelle de la juste prescription peut être favorisée par des outils de suivi et un échange organisé (2.1), tandis que la juste rationalisation des prescriptions peut s'appuyer sur des outils opérationnels à forts enjeux de déploiement (2.2).

⁴⁸ Cf. Annexe 5 « *Tableau comparatif des outils de la juste prescription dans les EPS en France* »

2.1 L'acculturation institutionnelle à la juste prescription peut être favorisée par des outils de suivi et un échange organisé

En sociologie, l'acculturation désigne le processus d'apprentissage par lequel l'individu reçoit la culture du groupe, du milieu, auquel il appartient. Elle doit entraîner des modifications dans les modèles de fonctionnement. C'est, en somme, l'appropriation d'une nouvelle culture. Cette acculturation passe par l'instauration de modalités de suivi et d'échange qui seules pourront induire une sensibilisation permanente des professionnels médicaux, soignants, et administratifs de l'hôpital.

2.1.1 L'application d'indicateurs pertinents doit permettre le suivi institutionnel de la biologie médicale à l'hôpital

« Une connaissance fiable de l'évolution du volume des actes de biologie médicale et des dépenses afférentes est un élément indispensable de la maîtrise des coûts »⁴⁹. Il convient dès lors de mieux suivre les dépenses totales de biologie et leur composition, en intégrant les évolutions propres à chaque secteur de soin, et en y appliquant des indicateurs pertinents de comparaison.

▪ L'application d'indicateurs de mesure et de suivi

De fait, le lointain suivi actuellement réalisé par le CH de Valence sur la consommation de biologie médicale de ses services est insuffisant. Il n'existe pas de suivi des actes les plus réalisés, de classement des services les plus prescripteurs, de ratio traçant la place de la biologie dans les séjours. Depuis 2012, les CREO renseignent les pôles sur le coût de la biologie pour chacun d'eux, mais l'information figure parmi beaucoup d'autres, elle est macroscopique et annuelle. Ce retour, *a posteriori*, sans temps d'interprétation, reste donc limité.

C'est là toute la pertinence de ces indicateurs. Ils doivent permettre de situer les services et les pôles les uns par rapport aux autres dans l'établissement, et une année par rapport à l'autre, pour constater les anomalies, les analyser, et *in fine* les contrôler. L'objectif est de donner du sens et de faire émerger des ratios qui permettent d'analyser l'évolution des pratiques dans le temps. L'utilisation des tableaux de bord de suivi de la biologie médicale à l'hôpital est donc sans doute le premier outil à mettre en place. Ainsi, au nombre des indicateurs qu'il importe de suivre, on peut citer :

⁴⁹ COUR DES COMPTES, « La Biologie médicale », Rapport public commandé par la Commission des affaires sociales du Sénat, Juillet 2013, p46

- Le top 30 des examens les plus prescrits à l'échelle de l'établissement, qu'il convient d'extraire du spectre large présenté en annexe 3⁵⁰ ;
- Le top 20 des examens les plus prescrits par service, en actes et en B ; celui-ci doit permettre d'offrir aux services un retour éclairé et objectif sur leurs pratiques, et favoriser une interprétation liée au type d'activité du service. Certains services en effet pourront avoir, en volume, une prescription somme toute peu importante, mais prescrire des actes à forte valeur en B – augmentant d'autant ses dépenses de biologie. D'autres pourront reconnaître en tête du tableau des dosages relevant généralement de pratique de bilans groupés systématiques, et pourront engager un échange confraternel au sein de leur service sur les pratiques de prescription.
- Le top 10 des services les plus prescripteurs en actes et en B ; cela doit permettre de donner du sens aux tendances de prescription dans l'établissement, et de relier les masses d'informations issues des extractions aux réalités de l'activité. Sur ce point, les services les plus prescripteurs sont sans surprise des unités aux prises en charge médicales lourdes, particulièrement techniques, ou connaissant un fort *turn-over* de patients comme c'est le cas pour les Urgences. A ce titre, les services de réanimation, de surveillance continue, l'unité d'hospitalisation de courte durée, le département de médecine, la cardiologie et ses soins intensifs, l'hématologie-oncologie occupent la tête du tableau. Suivi dans le temps, le top 10 des services les plus prescripteurs peut renseigner sur les tendances lourdes de l'établissement et alerter sur un besoin d'analyse précis de la pertinence des prescriptions. Par exemple, en 2012, l'unité de pneumologie-infectiologie au CHV n'était pas au nombre des dix services les plus prescripteurs, alors qu'il rentre au classement en 2013, avec 30 992 examens prescrits, soit une part d'augmentation de 42%. Immédiatement, une investigation s'impose, qui doit être diligentée par le contrôle de gestion, conjointement avec le DIM et le service de soins lui-même, dans une logique constructive et contradictoire. L'augmentation s'explique d'emblée par l'extension des lits de l'unité, passée de 14 à 25 lits. Cet exemple renforce la nécessité de disposer de ratios liant l'activité de biologie à l'activité de soins.
- Les ratios B/séjour et actes/séjour pour chaque service ; cet indicateur doit permettre de préciser les précédents. En effet, s'il est intéressant de connaître le nombre de prescriptions de biologie par service, il est plus pertinent encore de le relier au niveau de l'activité de soins, c'est-à-dire au nombre de séjours, voire au nombre de B par jour en prenant en compte la DMS. *Ex abstracto*, ces chiffres n'auraient pas de sens sinon. Il convient donc de prendre le nombre d'actes prescrits par l'UF, de le rapporter au nombre de séjours sur la période (entendu comme le nombre de RUM enregistrés en hospitalisation complète (HC)), et de faire de même pour le nombre de B. Il est

⁵⁰ Voir Annexe 3 « Classement des actes les plus prescrits au CHV en volume et en valeur »

possible de répéter cette analyse en rapportant le ratio obtenu à la DMS pour obtenir la moyenne d'examens de biologie prescrits par jour et par séjour. Il peut également être opportun de rapporter le nombre d'actes et de B au nombre de lits par service.

En tout état de cause, ces indicateurs permettent d'offrir des premiers éléments de mesure et de suivi de la biologie médicale dans l'établissement, et d'adapter l'information à chaque unité de soins pour que celle-ci soit le plus ciblée. Ces ratios permettent également de comparer les services et les pôles entre eux, et de permettre à chacun de se situer par rapport aux autres. Sur ce dernier point, l'élaboration du ratio B/séjour à l'échelle de l'établissement peut également permettre de disposer d'un niveau de référence auquel comparer relativement chaque service.

Le Centre Hospitalier Necker-Enfants Malades, de l'AP-HP, est au nombre des exemples à suivre. Il effectue déjà le suivi de la biologie médicale par le prisme de ces différents indicateurs, selon une approche quantitative (ratio BBHN/séjour au global dans l'établissement, par pôle, et par service) et une approche qualitative (top 20 des examens les plus prescrits par service) comme en témoignent les tableaux joints en annexe 6⁵¹.

Souhaitant réaliser la même fiche de suivi pour un service du CH de Valence en guise d'illustration, nous avons été confrontés à des anomalies d'informations, dues à des échecs du logiciel d'extraction ou à des changements de périmètre des données sur la période. Ne pouvant dupliquer à l'identique la démarche présentée ci-dessus, nous encourageons cependant l'établissement à l'entreprendre sur l'exercice 2014 et la poursuivre dans la durée. En l'état, nous avons travaillé à dégrossir le volume des données extraites pour en faire émerger les ratios actes/lit, actes/séjour, B/lit, B/séjour et nombre d'actes et de B moyen par jour par patient. Le périmètre retenu n'est pas exhaustif à l'échelle de l'établissement. Il retient seulement les unités fonctionnelles d'hospitalisation complète. Les services d'urgences sont sortis du périmètre pour le traitement spécifique qu'ils requièrent. La méthode a consisté à faire des extractions brutes à partir de *Synergie* pour chaque UF de l'établissement. Le nombre d'actes et de B ainsi obtenu a été recoupé au suivi capacitaire de l'établissement, et au tableau de bord de l'activité à fin décembre de l'année étudiée, pour disposer du nombre de RUM et de la DMS par unité. Dans certains cas, des unités sont regroupées (néonatalogie et soins intensifs néonataux par exemple) pour correspondre aux données RUM et DMS disponibles. L'annexe 6 « *Suivi du nombre d'actes et de B par service d'hospitalisation complète, par lit et par séjour (2013)* » illustre la démarche. Il ressort de cette analyse les dix services les plus prescripteurs en actes, en B et donc en valeur.

Il ressort aussi les constats suivants. Les unités de réanimation et de surveillance continue sont, sans surprise, les premiers prescripteurs avec, respectivement, 204 et 64

⁵¹ DA SILVA J., PSALTOPOULOS E., VEKEMANS M., « *Optimisation de la prescription à Necker-Enfants Malades* », présentation du dispositif par le Pôle de Biologie et Produits de Santé, AP-HP, Janv. 2012, 9p.

actes par séjour en moyenne, avec des actes à forte cotation en B. En réanimation, la moyenne est de 4 595 B par séjour, et de 22 examens prescrits par jour pour un séjour. Sinon, l'analyse atteste de la cohérence des données pour les dix services les plus prescripteurs. Elle interpelle également sur des services peu prescripteurs, relativement aux autres, mais commandant des examens coûteux. L'unité de chirurgie orthopédico-traumatologique prescrit par exemple 16 examens par séjour en moyenne pour un montant de 339B/séjour, soit une moyenne de 82€ de dépenses de biologie par séjour.

▪ **Le nécessaire retour d'information aux pôles**

Ces indicateurs sont importants pour permettre une analyse quantitative et qualitative des pratiques de prescription à l'échelle de l'établissement et infléchir l'augmentation continue des dépenses de biologie hospitalière.

Ceci n'est possible que dans le cas de retours réguliers d'information aux pôles. Ces indicateurs doivent nourrir l'échange institutionnel, et être appropriés par l'ensemble de la communauté médicale de l'établissement et par l'administration. A cet égard, les pôles d'activité sont l'endroit idéal pour maîtriser d'une manière médicale les dérives, tout en rappelant fermement qu'il ne faut pas que les EPS se divisent en mini-centres de ressources et de dépenses. Il ne faut pas substituer une logique financière à une logique d'organisation. L'unité institutionnelle est capitale pour porter une démarche globale de stratégie de prescription. Mais les pôles demeurent une unité d'ensemble, sensibilisés à l'approche médico-économique, et ayant structuré des espaces d'échange. Les trios de pôle, rassemblant le chef de pôle, le cadre administratif de pôle et le cadre supérieur, peuvent être un espace d'analyse des tableaux de bord. Les bureaux de pôle et les assemblées générales de pôle peuvent aussi être le lieu de ces échanges.

Ainsi, en septembre 2014, le contrôle de gestion présente en comité de direction un nouveau tableau de bord synthétique, infra-annuel, à destination des pôles et des services. Celui-ci regroupe les indicateurs de suivi de l'activité en hébergement et en équipe médicale, ainsi que des indicateurs de suivi budgétaire, en produits et en charges directes, parmi lesquelles la consommation de médicaments et dispositifs médicaux, et les achats stockés. Cet outil de pilotage et de dialogue infra-pôle, à diffusion mensuelle, ne mentionne nullement les consommations de biologie. Nous plaidons ici pour que la rubrique soit incluse. Elle trouvera pleinement sa place dans le cadre d'une stratégie institutionnelle de juste prescription. Qu'elle ne soit, au contraire, pas mentionnée, est symptomatique de l'absence de considération pleine et entière pour cette problématique.

Il convient maintenant de rappeler que plusieurs éléments conditionnent le succès de ce retour aux pôles. Il est tout d'abord nécessaire qu'il y ait un consensus sur le périmètre des données recueillies et recoupées (qui doit être assuré par le contrôle de gestion, qui dispose de l'accès à Synergie et à l'intégralité des données d'activité). Les

indicateurs doivent faire le moins possible l'objet de contestations. L'outil doit être partagé. Comme les règles d'affectation des CREO, les modalités d'analyse de la biologie médicale doivent être arrêtées par le Directoire pour leur donner de la légitimité. Ce retour aux pôles doit par ailleurs avoir lieu à une fréquence régulière, sinon mensuelle, au moins trimestrielle. Cette fréquence doit permettre aux pôles, et aux services, de s'interroger sur les pratiques en cours d'année, et de mettre en place les actions adaptées.

Ce retour informatif et critique relatif à la consommation de biologie médicale ne doit pas s'arrêter au seul pôle concerné, dans la confidentialité des données. Les indicateurs de suivi doivent être transparents et partagés à l'ensemble de l'établissement. Cette exposition institutionnelle est de nature à faire s'interroger parce qu'elle met en relation les résultats des uns par rapport aux autres, et parce qu'elle désigne les bons et les mauvais élèves – dans la limite évidente de la spécificité de leurs activités de soins. Cette exposition/comparaison se fait déjà sur une quantité de sujets, parmi lesquels les résultats des enquêtes IPAQSS⁵², le nombre de plaintes et de réclamations, le nombre d'événements indésirables, le respect des objectifs de développement durable, etc... Sur la consommation de biologie aussi, la transparence institutionnelle doit s'instaurer. « *L'affichage des dérives est en soi quelque chose de positif. Il ne faut pas négliger cette façon d'agir sans pour autant culpabiliser les uns et les autres* »⁵³. De fait, dans la lignée de la théorie sociologique du *Pointing and Shaming*, il est certain que la diffusion des tableaux de bord peut avoir un effet. La pédagogie par les chiffres a des vertus. Les acteurs se corrigent d'eux même quand ils font face à leur activité objectivée, et que cette dernière est soumise aux regards et aux commentaires des uns et des autres.

2.1.2 La mise en place d'un comité de la juste prescription doit encourager l'échange confraternel et piloter la démarche

▪ **Une instance dédiée favorisant l'échange confraternel**

Le manque de dialogue biologistes-cliniciens, le manque de recommandations de bonnes pratiques, le défaut de coordination institutionnelle, sont autant de causes aux dérives des prescriptions du quotidien. Créer une instance dédiée, favorisant un échange confraternel, et au-delà, institutionnel, formalisé, avec une légitimité partagée, est un levier puissant pour faire de la juste prescription en biologie un enjeu d'établissement. En effet, « *la médecine n'est pas une science dure, malheureusement ou heureusement. Il existe un état de l'art à un moment donné, les effets d'école, les habitudes, le leadership... Nous disposons aujourd'hui de recommandations de bonnes pratiques, de*

⁵² Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

⁵³ MORNEX René, « *Evaluation de la pertinence des actes* », *Revue Hospitalière de France*, n°537, Nov-Déc 2010, p45

conférences de consensus. Toutefois nous devons réfléchir, au niveau des EPS, à la mise en œuvre d'un groupe de réflexion dédié à la médecine sobre, et le faire avec... pertinence. Ce n'est pas chose aisée car nous touchons là au cœur du métier, dans un environnement multitâche, où tout va très vite. Mais nous pouvons y parvenir si nous partons du terrain, via les équipes médicales et soignantes. La pertinence des actes est un axe porteur du projet médical. Nous en avons beaucoup parlé avec les doyens, et notamment de l'intérêt à ce que cette notion soit inculquée aux étudiants »⁵⁴.

Ce groupe de réflexion sur la biologie médicale, intra-établissement, a été l'option choisie par le Centre Hospitalier d'Annecy. Un « Groupe des Examens de Laboratoire » (GEL) a été créé en 2006. Il réunit cliniciens, biologistes, informaticiens et gestionnaires pour mener une réflexion sur la prescription des analyses biologiques et établir des moyens d'évaluation et de suivi en nombre de B par séjour. Le groupe se réunit à fréquence régulière, tous les deux mois, pour suivre et analyser la situation. Il rend compte de ses travaux à la Commission médicale d'établissement (CME). C'est aussi le choix qui a été fait par le Centre Hospitalier Jacques Lacarin de Vichy, qui pour pouvoir présenter un « caractère exemplaire » a inscrit la démarche dans « *un cadre institutionnel avec la décision prise par la CME de mettre en place une commission des examens de biologie médicale* ». Dès lors, « *des rencontres spécifiques ont pu être initiées afin de travailler entre cliniciens et biologistes, notamment sur la liste des analyses composant les différents bilans biologiques et les raisons pour lesquelles les prescrire* »⁵⁵.

Ce type de démarche a de nombreux avantages. Elle permet de créer un espace d'échange formalisé et structuré, à la légitimité renforcée du sceau institutionnel. Elle est un lieu d'entente autour d'un langage commun. Elle permet en effet l'acculturation à la culture de la juste prescription, en amenant des professionnels aux logiques et enjeux différents à se rencontrer et croiser leurs regards autour d'un objectif commun. Sur ce point, l'ANAP reconnaît des bénéfices opérationnels multiples à une relation cliniciens-biologistes de qualité, qui doit être favorisée par l'établissement. Celui-ci doit en effet créer un climat propice à la construction de cette relation. Au nombre de ces bénéfices, l'Agence cite un renforcement des prestations de conseil, de formation et d'information des biologistes, la participation accrue des acteurs à des activités transverses (CME, CLIN, hygiène...), une meilleure gestion des urgences et situations de crise, « *une amélioration des pratiques médicales, en particulier sur la juste prescription [et] un ressenti très positif et partagé d'une relation de proximité* »⁵⁶.

⁵⁴ Propos du Pr. Bernard PRADERE, Président de la CME du CHU de Toulouse, retranscrits dans PICHAN M., « *Pertinence des soins - Un enjeu éthique, une valeur de l'hôpital public* », *Revue Hospitalière de France*, n°537, Nov-Déc 2010, p47

⁵⁵ ANAP, *Le chantier « biologie » du projet performance du centre hospitalier de Vichy*, Mai 2012, p2

⁵⁶ ANAP, *Coopération territoriale en biologie médicale – enseignements et monographies*, Janv. 2013, p10

En outre, la mise en place d'un comité de la juste prescription produit des effets positifs directs sur le volume des prescriptions en biologie médicale au sein de l'établissement. Il est évident que ce type de démarche, « *en permettant une analyse fine de la situation et en instaurant un dialogue entre les membres de la communauté hospitalière, crée les conditions d'une meilleure maîtrise du volume d'actes. Elle rend possible un contrôle de cohérence des prescriptions et la détection des situations atypiques. Elle peut être utilement appuyée par l'établissement de fiches de bon usage de la prescription pour les actes les plus fréquents et/ou les plus chers* »⁵⁷. Quantitativement, les gains sont réels. Au CH d'Annecy, les chiffres relatent le succès de la démarche. Par une action ciblée sur l'unité de réanimation, grand consommateur de biologie, le GEL a fait état d'une baisse de 30% du nombre de B en un an, entre 2006 et 2007 et d'une économie de 27 000€⁵⁸. Plus globalement, le rapport de gestion pour 2010 trace la baisse de 10% du ratio B/séjour pour le court séjour entre 2008 et 2010. En cas d'augmentation du nombre de B, le suivi et l'analyse régulière permise par le groupe, favorisent les interprétations et offrent des explications rationnelles sur l'activité.

La Cour des comptes affirme ainsi que, sans préjudice d'une adaptation à la situation propre à chaque établissement de santé, un objectif moyen de réduction de 10 à 15% du nombre d'actes à champ constant paraît envisageable. Ces résultats doivent interpeller les directions d'établissement, et les inciter à mettre en place un comité de la juste prescription. Celui-ci, en effet, n'est pas qu'un lieu d'échange. Il doit être considéré comme l'instance de pilotage de la stratégie de pertinence de l'établissement.

▪ **Le pilotage de la politique de juste prescription et l'animation d'outils**

En effet, à l'AP-HP, un comité central traitant de la juste prescription en biologie a été créé avec pour mission la coordination de la démarche, en se fondant sur des binômes locaux cliniciens-biologistes. En tant que coordinateur-animateur, le comité doit agir sur une série de leviers : diffusion des règles de bonne pratique, mise en place d'alertes, sensibilisation des internes et nouveaux arrivants, développement du dialogue entre cliniciens et biologistes, mutualisation des bonnes pratiques, élaboration de tableaux de bord par pôles cliniques, suivi des examens les plus prescrits, etc. Le comité ainsi mis en place doit être à l'initiative d'outils de réflexion sur la juste prescription.

Il peut, par exemple, porter des études de la pertinence des prescriptions sur certains actes, et en rendre compte aux instances comme la CME, ou le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Travail laborieux, à l'impact difficile à évaluer,

⁵⁷ COUR DES COMPTES, « *La Biologie médicale* », Rapport public commandé par la Commission des affaires sociales du Sénat, Juillet 2013, p130

⁵⁸ Id.

la démarche ne peut être que micro-ciblée sur des actes très coûteux ou particulièrement chronophages. Toujours est-il qu'il s'agit là d'un outil d'objectivation des pratiques, dont le comité de la juste prescription peut être promoteur. Ainsi, aujourd'hui, en bactériologie, 25% des prescriptions⁵⁹ manqueraient d'un véritable fondement et génèreraient des prescriptions médicamenteuses inappropriées, avec un impact négatif sur la qualité de la prise en charge et sur les dépenses de l'établissement. Mais cette estimation n'est pas objectivée. L'étude de la pertinence doit en permettre l'objectivation. Cela nécessite d'être particulièrement précautionneux sur la méthode. Pour le bactériologiste du CH de Valence, les études de la pertinence menées au sein d'un établissement manquent trop souvent de rigueur. Elles ne sont pas suffisamment critiques, reposent sur des critères trop flous, et sont en somme trop « *confraternelles* »⁶⁰. La méthodologie doit donc être rigoureuse, et être arrêtée en amont par le comité de la juste prescription qui doit avoir l'autorité de poser des critères précis à même de produire un résultat fiable. Sur ce point, le comité peut se reposer sur la méthode de la revue de pertinence des soins, arrêtée par la HAS en 2005, ou sur la pratique des audits de dossiers réalisés dans le cadre des indicateurs IPAQSS. Les réunions de concertation pluridisciplinaires peuvent également être le lieu d'une évaluation de la pertinence. A terme, plus la méthode est rigoureuse, plus l'évaluation sera fiable, et plus l'hôpital pourra capitaliser sur les résultats obtenus.

Des résultats peuvent légitimement être attendus d'un audit de pertinence porté par le comité de la juste prescription. L'hôpital Beaujon de Clichy relate cet impact. « *L'évaluation des pratiques professionnelles et le comité de la juste prescription nous incitent à motiver de plus en plus nos demandes d'examen* »⁶¹. « *Nous avons comparé les justes prescriptions de NFS, D-Dimères, TCA, TP, TQ, BNP, myoglobine, troponine lors de réunions mensuelles, depuis un an, avec les représentants des services de biochimie, d'hématologie-immunologie, et des urgences. Un rappel sur les indications des examens en urgences a été fait à tous les médecins prescripteurs aux urgences. Lorsqu'il y avait une augmentation de l'un d'entre eux, l'indication de la prescription était évaluée sur dossier* »⁶². Dès lors, de janvier à octobre 2005 par rapport à janvier à novembre 2006, une diminution du nombre de demandes a été observée : -53% pour le D-Dimères, -15% TP, -28% TQ, -11% BNP, -47% myoglobine, -33% pour les troponines.

Le comité de la juste prescription peut porter d'autres actions, parmi lesquelles la diffusion des recommandations de la HAS et l'élaboration de fiches de bon usage en interne. Une fiche de bon usage élaborée en interne vise à produire une liste d'indications

⁵⁹ Entretien n°2, Dr J. SARTRE, Biologiste, Responsable de l'Unité de Bactériologie, Centre Hospitalier de Valence, le 20/05/2014, à Valence (26)

⁶⁰ Id.

⁶¹ ZANKER, BEZEAUD, GUIMONT, Coll., *Evaluer la juste prescription des examens biologiques dans un service d'urgence, Extrait*, 2014, p1

⁶² Id.

et de non-indications et/ou de critères constituant un arbre décisionnel ou une stratégie thérapeutique et diagnostique permettant de poser l'indication de l'acte de façon pertinente. Sur la méthode, l'élaboration de ces fiches doit être portée par le comité de la juste prescription. Elle doit mettre autour de la table les biologistes et cliniciens référents sur la pathologie. La démarche a néanmoins le gros défaut de nécessiter une volonté médicale, et de prendre du temps. Or, ce dernier est devenu une denrée rare à l'hôpital. Il est par ailleurs incontestable qu'une telle démarche est difficile à organiser dans un établissement comptant près de 300 médecins à impliquer. Ils seront d'autant plus enclins à se détourner de la démarche en invoquant l'absence de légitimité de la Direction, et en rappelant leur liberté de prescription. C'est pourquoi le projet gagnera en légitimité en étant porté par le comité de la juste prescription, instance principalement médicale.

En tout état de cause, nous pensons que deux occasions vont constituer, pour l'avenir, des fenêtres d'opportunité à l'élaboration de fiches de bon usage en biologie médicale. La première est la structuration des parcours patients initiée par la Certification HAS. Les services cliniques travaillent actuellement à la protocolisation de processus de prise en charge, la biologie doit y trouver sa place. La deuxième est le déploiement progressif de la prescription connectée au CH de Valence, en automne 2014. Il faut profiter du temps de paramétrage nécessaire pour structurer des recommandations de bonne pratique, qui seront ensuite diffusées à l'ensemble de la communauté médicale.

Sur ce point, il est souhaitable de diffuser des textes ne dépassant pas deux à cinq pages, et donnant l'essentiel du cadrage afin de favoriser son intégration dans la pratique quotidienne. Une fiche de bon usage se doit d'être pragmatique et opérationnelle. Il est possible ici de s'inspirer de ce qui se fait au Québec, en Montérégie⁶³. En effet, il a été mis en place, par région, un guide de prescription d'analyses élaboré conjointement par des biologistes, des cliniciens, et l'autorité de tutelle. Ces règles de prescription faisant foi, tout prescripteur sortant de ce cadre, sa demande d'examen n'est pas réalisée par le LBM. Le guide indique systématiquement les conditions de prescription, et peut indiquer le coût de l'examen. Il a l'avantage d'être concis, opérationnel, et de proposer un logigramme décisionnel pour orienter le prescripteur vers les bonnes questions, comme en témoigne l'annexe 8⁶⁴ relative aux indications de prescription d'un bilan thyroïdien.

Le comité doit par ailleurs pouvoir, à l'appui des tableaux de bord, cibler les services cliniques nécessitant une action ciblée. En tant qu'animateur-coordonnateur de la stratégie de prescription de l'établissement, le comité dispose d'une hauteur de vue et d'une légitimité qui lui permettent de personnaliser le plan d'action aux enjeux d'un

⁶³ Expérience recueillie lors de l'Entretien n°7, Dr T. LE BRICON, Biologiste, Responsable de l'Unité de Biochimie, Centre Hospitalier de Valence, le 16/07/2014, à Valence (26)

⁶⁴ Voir annexe 8 « Exemple de fiche de bon usage : le cas du bilan thyroïdien » issue de COMMISSION MEDICALE REGIONALE, *Guide d'utilisation des analyses de laboratoire en Montérégie*, Janv. 2003, 108p

service. Citons ici le cas particulier du service d'accueil des urgences (SAU). Le quotidien du SAU, c'est 30 à 40 prescripteurs différents qui tournent, des pathologies très variées, et une activité principale de diagnostic. Le SAU doit faire l'objet d'une démarche spécifique pour maîtriser le volume des examens biologiques. Un plan d'action propre aux Urgences peut être pensé par le comité, en collaboration avec le chef de service et un ou deux prescripteurs référents. A titre d'illustration, il pourra être recensé systématiquement le nombre de prescriptions relevant d'un 2^{ème} niveau d'analyse. Il sera nécessaire d'identifier les vingt examens les plus prescrits. Il sera opportun d'échanger sur les pratiques de prescription, et notamment sur la composition des bilans d'entrée systématiques en « *revoyant leur bilan et en mettant à disposition des bilans précis et limités en examens* »⁶⁵. Une étude de redondance entre le SAU et les services d'hospitalisation pourra aussi être menée. En tout état de cause, les enjeux de la maîtrise de la biologie dans ce service sont importants. En effet, « *une réflexion conduite sur les temps de passage aux Urgences (...) avait montré que la présence d'une prescription biologique contribuait à les allonger assez significativement* »⁶⁶. L'hôpital Beaujon de Clichy a documenté ce délai, et il ressort que « *lors d'une consultation aux urgences, la prescription d'un examen biologique allonge le temps moyen de passage du patient de 2h27 en 2006* »⁶⁷. Au CH de Vichy, le travail avec les urgentistes a rapidement permis de porter ses fruits, permettant de réduire les prescriptions de l'ordre de 8000 B par semaine, soit près de 400 000B/an, correspondant à 1,7% de l'activité totale du laboratoire⁶⁸.

2.1.3 La sensibilisation des nouveaux arrivants aux enjeux de la juste prescription doit garder pérenne la stratégie d'établissement

L'ensemble de ces démarches doit s'inscrire dans la pérennité. Pour cela, il est nécessaire de sensibiliser les nouveaux professionnels arrivant dans l'établissement, et de les intégrer aussitôt à la logique institutionnelle. Cet effort doit notamment être renouvelé deux fois par an, à l'arrivée semestrielle des internes. C'est une condition *sine qua non* pour éviter la traditionnelle hausse des demandes d'examens.

L'exemple de l'hôpital Necker-Enfants Malades de l'AP-HP est là encore éclairant, et peut être dupliqué dans d'autres établissements. Le comité de la juste prescription peut ainsi élaborer une plaquette informant des coûts des principaux examens de laboratoire que les internes seront amenés à prescrire le temps de leur présence dans l'établissement. En une page recto-verso, cette plaquette doit tenir dans la poche d'une blouse, et aller à l'essentiel. Pédagogie par les chiffres, elle doit permettre de sensibiliser

⁶⁵ Dr PIFFAUT, Biologiste, CH Jacques Lacarin de Vichy, Echange par email, 6 Octobre 2014

⁶⁶ ANAP, *Le chantier « biologie » du projet performance du centre hospitalier de Vichy*, Mai 2012, p2

⁶⁷ ZANKER, BEZEAUD, GUIMONT, Coll., *Evaluer la juste prescription des examens biologiques dans un service d'urgence, Extrait*, 2014, p1

⁶⁸ Id.

les jeunes professionnels et de les éveiller aux enjeux médico-économiques de l'hôpital. L'hôpital Necker sensibilise aussi ses nouveaux arrivants par une formation spécifique des internes, deux fois par an. Elle consiste en une présentation générale des enjeux par le chef de pôle, et en une sensibilisation effectuée par les biologistes référents des différentes disciplines (bactériologie, biochimie...) sur l'opportunité de prescrire tel ou tel examen. A cette occasion, les biologistes dessinent à grands traits ce qui peut être pertinent ou non parmi les grands types d'examens en fonction des cas cliniques.

D'autres outils de communication peuvent être mis au service de la sensibilisation des professionnels médicaux à la juste prescription. Il peut être envisagé la publication d'une lettre du laboratoire, trimestrielle, par laquelle diffuser les informations et nouveautés du laboratoire, mais également les messages relatifs à la juste prescription. Ce bulletin peut être l'occasion de revenir sur les étapes du déploiement de la prescription connectée, et de mettre en avant les témoignages de professionnels étant passés à l'informatisation. Cela peut désamorcer les appréhensions des uns par le partage de l'expérience des autres. La lettre du laboratoire peut aussi être l'occasion de mettre en avant les dernières recommandations HAS ou les dernières fiches de bon usage élaborées en interne, d'informer sur les nouveautés du laboratoire (automates, examens, mises à jour...), etc. Il s'agira d'un outil concis, une page recto-verso, permettant de créer du lien et de sensibiliser de façon continue les professionnels de l'établissement.

Enfin, il existe la possibilité de créer une page Intranet à l'image du « site de la juste prescription » mis en place par l'AP-HP en 2005. Elle a pour objectif de rendre accessible, en un endroit centralisé, l'intégralité des référentiels de juste prescription.

In fine, c'est un ensemble foisonnant d'outils qui peut être initié par les directions pour favoriser le suivi de la biologie à l'hôpital. Ils peuvent être complétés d'outils davantage opérationnels comme la prescription connectée ou la contractualisation.

2.2 La juste rationalisation des prescriptions peut s'appuyer sur des outils opérationnels à forts enjeux de déploiement

L'informatisation de la prescription d'examens de biologie à l'hôpital est un grand chantier d'avenir. Bien configurée, et dans les bonnes conditions de mise en œuvre, elle peut permettre aux CH de dégager des gains substantiels sur le volume des actes.

2.2.1 La prescription connectée doit être la colonne vertébrale de la juste prescription

▪ Un outil porteur de gains sur les prescriptions d'examens de biologie

« On entend par e-prescription un service comportant la prescription dématérialisée de médicaments, de dispositifs, d'examens notamment biologiques ou

d'actes de soins par un professionnel de santé légalement autorisé à exercer »⁶⁹. Concernant la prescription connectée en biologie, il s'agit d'un chaînage informatique entre les services cliniques et le système d'information du LBM. La prescription est entrée sur un ordinateur, intégrée sur la feuille de soin du soignant qui procède au prélèvement, et génère les étiquettes qui seront portées sur les échantillons. Le retour des résultats est aussi automatisé. La prescription connectée en biologie doit permettre d'avoir un panel individualisé d'examens par service, selon le type de pathologies et de prises en charge propres au service. « *La personnalisation par service est une solution clef de la juste prescription parce qu'elle limite l'accès facilité de tous les prescripteurs de l'hôpital à tous les examens* »⁷⁰. *A contrario*, aujourd'hui, l'intégralité des examens est disponible à l'ensemble des 300 médecins que compte la communauté médicale du CHV. L'informatisation, construite sous la forme d'un entonnoir, crée des obstacles et rend l'examen moins évidemment accessible. En fait, il le rend justement accessible en le liant aux services cliniques concernés, à des recommandations de prescription et de prélèvement, au bon niveau d'analyse en fonction du chemin diagnostique engagé. Les fonctionnalités offertes par la prescription connectée sont riches. Elle doit permettre de :

- Personnaliser le panel d'examens accessibles pour chaque service ;
- Distinguer les examens de 1^{ère} et de 2^{nde} intention et établir une règle de fréquence par le paramétrage de « valises » d'examens. Par exemple, un protocole indiquera, pour la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, tous les examens à pratiquer à J1, J3, J5, etc. La même chose pourra être réalisée pour le patient diabétique, et ainsi de suite...
- Orienter le prescripteur dans sa prescription par une série de questions et proposer un arbre de décision pour accompagner les démarches diagnostiques. Sur la forme d'un questionnaire déroulant, le logiciel pourra interroger le clinicien sur la physiologie du patient, ses symptômes⁷¹, etc.
- Imposer des items sans lesquels la prescription ne pourra être validée.
- Lier la prescription à des référentiels (bonnes pratiques HAS par exemple) et aux modalités de prélèvement par une intégration interactive du manuel de prélèvement. Sur l'acte prescrit par le médecin, le guide de prélèvement précisera instantanément la marche à suivre (type de flacon, nombre de flacon, volume...).
- D'avoir un système d'alerte pour signaler les redondances. Le système indiquera la dernière occurrence de l'examen réalisé et alertera le prescripteur sur la

⁶⁹ CLIO Santé, *Note d'orientation : comment déployer la prescription électronique*, janv. 2012, p2

⁷⁰ Entretien n°4, Dr F. COURTIER, Biologiste, Référent qualité du laboratoire de biologie médicale, Centre Hospitalier de Valence, le 04/06/2014, à Valence (26).

⁷¹ Par exemple, pour la prescription d'un ECBU, les questions pourront être les suivantes : le patient est-il un homme ou une femme ? Quel est son âge ? Est-elle enceinte ou non ? Présente-t-il un diabète déséquilibré ? Le patient va-t-il subir une intervention chirurgicale ? Présente-t-il tel ou tel signe clinique ?

redondance. Aujourd'hui, les redondances ne se déclenchent que sur une liste limitative d'actes, *a posteriori* de la prescription, à l'enregistrement au LBM.

- De garantir l'accessibilité de l'information à tous les médecins et soignants intervenant dans la prise en charge du patient.

Ces fonctionnalités doivent améliorer la pertinence des prescriptions de biologie et apporter des gains qualitatifs et quantitatifs significatifs en agissant sur les causes des dérives quotidiennes. L'informatisation de la prescription va ainsi favoriser :

- L'orientation du clinicien vers la bonne prescription, en l'amenant à s'interroger sur la pertinence de telle analyse plutôt qu'une autre par les questionnaires déroulants et les arbres de décision. Le Dr SARTRE de dire qu' « *une prescription se réfléchit, elle ne doit pas être automatique. Si on se contente de prescrire sans analyse clinique, la prédiction sera nécessairement moins performante* »⁷². Le clinicien gagnera ainsi en fiabilité du résultat.
- L'harmonisation des pratiques professionnelles au sein de l'établissement ;
- L'amélioration des vérifications automatiques des redondances et la prévention d'erreur permettant de découvrir la sur-prescription et la surconsommation.
- L'amélioration des prescriptions d'examens complémentaires par le travail préalable de structuration en valises d'examens de 1^{er} et 2nd niveau ;
- L'amélioration de la qualité, de l'exhaustivité et de la traçabilité des prescriptions par la validation en temps réel (heure du prélèvement), l'obligation d'information sur le prescripteur, le préleveur, les renseignements cliniques, etc. La prescription connectée permettra sans doute de diminuer le nombre des non conformités qui relèvent fondamentalement d'une non-pertinence qualitative.
- L'amélioration de la qualité du prélèvement, et donc de la qualité des soins. Le CH d'Avignon prouve sur ce point l'impact qualitatif de l'informatisation déployée en 2009. « *L'organisation du temps soignant gagne pour sa part en efficience, pendant que la qualité des soins s'en trouve considérablement améliorée – seule la quantité de sang nécessaire à l'examen est désormais prélevée, ce qui permet par ailleurs de réaliser des économies en termes de tubes et de réactifs, mais également d'étiquettes, d'encre, etc. A titre d'exemple, le logiciel a été autofinancé en un an et demi grâce aux seules économies qu'il a permis de générer !* »⁷³.
- Un meilleur partage de l'information entre les professionnels pour favoriser la coordination interservices et éviter les doublons. « *Disposer de manière partagée, en temps réel, d'une vision exhaustive des prescriptions* »⁷⁴ constitue un des

⁷² Entretien n°2, Dr J. SARTRE, Biologiste, Responsable de l'Unité de Bactériologie, Centre Hospitalier de Valence, le 20/05/2014, à Valence (26)

⁷³ REDACTION HOSPITALIA, « *Prescription connectée en biologie : pari tenu pour le CH d'Avignon* », in *Hospitalia Magazine*, Août 2013, p1

⁷⁴ ANAP, *Prescription électronique : faire adhérer les praticiens*, Fév. 2014, p8

apports principaux. « *En mettant en place un outil partagé entre cliniciens, auxiliaires de soins, biologistes et gestionnaires, la prescription connectée facilite la mutualisation des données et le dialogue entre les acteurs* »⁷⁵. « *Tout ce qui favorise l'accès au dossier partagé est une solution pour la juste prescription* »⁷⁶.

- Une meilleure coordination entre les équipes médicales et soignantes, l'informatisation étant l'occasion de « *réfléchir à une organisation du travail plus rigoureuse et sécurisante/éclairante pour l'ensemble des acteurs* »⁷⁷. Or, le tandem médecin/infirmier est cardinal dans les pratiques de prescription de biologie, et les approximations se traduisent toujours par du plus que par du moins.
- La suppression du risque d'erreur dans la transcription manuelle des prescriptions.

La prescription connectée est donc un levier à forte plus-value dans le cadre d'une politique de juste prescription. Elle doit être déployée au CHV en automne 2014, et peut être considérée comme la colonne vertébrale de la stratégie de prescription de l'hôpital.

▪ **Les conditions d'un déploiement réussi**

La méthode de déploiement prévue par le CH de Valence nous paraît pertinente et de nature à répondre aux objectifs dans la mesure où elle se veut progressive, accompagnatrice des utilisateurs, et consciente des difficultés potentielles.

Le CH de Valence doit en effet lancer le déploiement de la prescription connectée à l'automne 2014 en commençant par un service pilote. Celui-ci devra être volontaire, réceptif à la démarche, et porteur de changements en la personne du chef de service et du cadre. Non encore déterminé, il devrait s'agir *a priori* d'un service de médecine (cardiologie, médecine polyvalente, neurologie, ou gériatrie). Le déploiement se fera ensuite par une montée en charge progressive, service par service. Volontiers engagée dans une démarche qualitative, l'équipe projet envisage en effet le développement de la prescription connectée sur plusieurs années, souhaitant travailler individuellement avec chaque service sur une période de deux mois. L'équipe s'appuie sur le déploiement de l'informatisation du circuit du médicament qui, à titre d'illustration, s'est déroulée de 2009 à 2014. Le déploiement devrait se terminer par les services de chirurgie, et idéalement, par le SAU, afin qu'il bénéficie des valises d'examen configurées des autres services. Nous prescrivons parallèlement un travail ciblé entre le SAU et le comité de la juste prescription pour réduire le volume des actes biologiques prescrits.

⁷⁵ COUR DES COMPTES, « *La Biologie médicale* », Rapport public commandé par la Commission des affaires sociales du Sénat, Juillet 2013, p128

⁷⁶ Entretien n°7, Dr T. LE BRICON, Biologiste, Responsable de l'Unité de Biochimie, Référent Informatique, Centre Hospitalier de Valence, le 16/07/2014, à Valence (26).

⁷⁷ ANAP, *Prescription électronique : faire adhérer les praticiens*, Fév. 2014, p8

La démarche sera portée par une équipe projet pluridisciplinaire, garantissant la diversité des compétences métier nécessaires à la réussite du déploiement. Elle est composée d'un référent de la Direction du Système d'Information (DSI), d'un médecin biologiste détaché, et de deux infirmiers paramétreurs. Elle travaillera pour chaque service avec un référent médical et un référent soignant désignés. Prévu pour durer deux mois par service, le paramétrage, le déploiement et l'accompagnement s'organiseront de la façon suivante. Une réunion de lancement sera organisée pour réunir l'équipe projet, les prescripteurs, le cadre, un référent soignant et des biologistes. Le projet sera alors expliqué, les attendus et le calendrier détaillés. Les référents seront désignés. Et l'équipe projet pourra répondre aux questions et appréhensions légitimes des uns et des autres.

La phase de paramétrage, pierre angulaire du déploiement, pourra alors commencer. Elle est envisagée sur un mois. Elle consiste en la mise en place de protocoles d'aide à la prescription. C'est le préalable obligatoire à la mise en œuvre, et une étape à ne pas manquer. C'est du paramétrage que dépendra l'utilité du dispositif. Elle comprendra deux phases parallèles : un paramétrage entre le médecin prescripteur et le biologiste ; un autre entre le référent DSI, l'infirmier paramétreur et le référent soignant. C'est l'occasion d'un échange entre les praticiens, les biologistes, les personnels soignants sur les pratiques de prescription afin de préparer la liste des actes, les valises d'examen, l'harmonisation des pratiques professionnelles. Il convient cependant de faire « *attention à ne pas multiplier les protocoles, car il est difficile de tout standardiser* »⁷⁸, tout « *en s'inspirant des meilleures pratiques de certaines disciplines* »⁷⁹.

A l'issue du paramétrage, et une semaine avant le déploiement effectif, les prescripteurs et les soignants seront formés au module de prescription connectée. Il convient ici d'insister sur l'ergonomie et la facilité de l'outil de prescription. Sur ce point, le CHV, ne va techniquement pas acquérir de nouvel outil, mais activera une fonctionnalité préexistante au système *CristalNet*, jusque-là endormie. Ainsi activé, le module aura plusieurs avantages. Il s'intégrera directement dans l'interface déjà connue et appropriée par les équipes. Il garantira l'interopérabilité totale avec le système d'information hospitalier, et notamment avec les items de l'identification du patient, les données de séjour, les données physiologiques, etc. Dans la même période, la DSI réalisera les ajustements techniques nécessaires, par exemple en assurant la présence en nombre suffisant d'ordinateurs dans le service. La prescription se fera sur ordinateur, et la validation soignante au lit du patient, sur le terminal multimédia. Les difficultés techniques et les carences matérielles ne peuvent décemment pas venir ternir ce projet ambitieux.

⁷⁸ Dr GUIBE, Président de CME à la Clinique du Parc, in ANAP, *Prescription électronique : faire adhérer les praticiens*, Fév. 2014, p18

⁷⁹ Dr LE REUN, Médecin au CHRU Brest, in ANAP, *Prescription électronique : faire adhérer les praticiens*, Fév. 2014, p18

Ensuite, le mois suivant le déploiement, l'équipe projet assurera l'accompagnement du service conformément à l'assistance au déploiement définie avec le service. Il s'agit là du deuxième point clef, duquel dépendra le succès de la prescription connectée. Des accompagnants sont prévus, en présence physique dans le service pendant deux semaines, et en assistance à distance les deux semaines suivantes.

Il convient cependant de prendre en compte certains points de vigilance. Nous conseillons à cet égard de réaliser une analyse des risques en amont, et une évaluation des conséquences potentielles sur le patient ou l'établissement. L'évaluation de ces risques doit se faire conformément à la méthodologie de la gestion des risques, par un calcul de la criticité, en cotant en fonction de la probabilité de survenue, et de la gravité des conséquences possibles. De cette manière, les difficultés doivent être anticipées. Il est aussi primordial de ne pas oublier les personnels de nuit, supposant un accompagnement en 3/8. Sur ce point, l'équipe projet laissera un cahier de liaison dans chaque service pour recueillir les difficultés et doléances des professionnels utilisateurs. Il devra également permettre l'actualisation du paramétrage au fil de l'eau. Enfin, il faut prendre en compte l'appréhension des prescripteurs, et anticiper les balbutiements d'une fracture générationnelle sur l'utilisation de l'outil informatique.

Un discours engagé, fédérateur et rassuré doit ainsi être développé par la Direction de l'établissement pour favoriser l'adhésion des professionnels. « *La réussite d'un projet d'informatisation de la prescription (...) tient majoritairement dans la capacité du Directeur d'Etablissement, du président de CME et de son équipe projet à associer des praticiens et in fine d'obtenir leur totale adhésion* »⁸⁰. Le projet doit faire l'objet d'un « *portage politique au plus haut niveau* »⁸¹ de l'établissement. « *L'équipe de Direction peut, par exemple, communiquer le changement programmé, positionner l'équipe projet au sein de l'établissement afin que celle-ci gagne en visibilité et crédibilité dans sa démarche, participer aux réunions clés du projet ou encore intervenir auprès des praticiens "récalcitrants", en dernier recours* »⁸². Il est par ailleurs indispensable d'identifier les éléments d'argumentaire permettant d'obtenir l'adhésion des praticiens.

Sur ce point, la prescription connectée doit être présentée comme un projet médical et non comme un projet informatique. L'emphase doit être mise sur les avantages suivants : réduction des risques liés aux prescriptions, mise en conformité avec la réglementation (notamment les pratiques HAS), sécurisation de l'exercice médical sur le plan médico-légal par une meilleure traçabilité, un horodatage et en apportant la preuve d'une coordination plus efficace entre acteurs. Il s'agit aussi d'entendre les réticences

⁸⁰ ANAP, *Prescription électronique : faire adhérer les praticiens*, Fév. 2014, p11

⁸¹ Ibid.

⁸² Ibid.

exprimées sans les nier. « *La dénégation n'est pas le bon moyen pour emporter l'adhésion des utilisateurs* »⁸³. Mieux vaut apporter des réponses aux craintes exprimées :

- La crainte d'une augmentation de la charge de travail médical, et la contrainte pour le praticien de passer plus de temps à l'ordinateur qu'auprès de son patient. Indiscutablement, la prescription informatique prend plus de temps qu'un ordre oral ou quelques mots dans un cahier. Mais elle fait gagner du temps sur l'ensemble de la chaîne de soins, dans la coordination et la cohérence des prises en charge. Ces pertes de temps initiales sont « *des investissements récupérables sur le moyen terme* »⁸⁴. C'est un « *projet collectif, avec des gains totaux qui dépassent largement les pertes individuelles des médecins* »⁸⁵.
- La crainte d'un contrôle de l'activité médicale via la traçabilité des prescriptions. Cette traçabilité, au contraire, est bénéfique. Elle permet « *à chacun d'observer et de corriger ses pratiques (logique d'audit personnel)* »⁸⁶, ce qui correspond à la logique de la juste prescription qui consiste en un recul réflexif sur ses pratiques. Elle permet aussi de réduire le risque médico-légal.
- La crainte du changement et le manque de culture informatique de certains praticiens. Il est vrai que la prescription connectée induit un changement profond dans les pratiques médicales. Il faut ici rassurer en insistant sur l'accompagnement des praticiens et garantir la disponibilité et la réactivité de l'équipe projet.

▪ **Les modalités de suivi de l'impact de la prescription connectée**

Pour anticiper l'avenir d'un établissement sous prescription connectée, il faut prévoir les modalités de son suivi et les difficultés potentielles. Nous incitons donc d'abord l'établissement à prévoir la mise en place de procédures dégradées connues de tous en cas de panne du système d'information. L'informatisation rend *de facto* les organisations dépendantes de systèmes qui ne sont pas infaillibles. Nous prescrivons aussi que l'EPS définisse un dispositif gérant la formation continue et les demandes d'évolution. La prescription connectée doit d'emblée rentrer dans le cadre de la formation des nouveaux arrivants, mais également dans le cadre de formations de renforcement ou de mise à jour.

Il appartient également à l'établissement d'organiser les conditions du suivi du déploiement. Plusieurs indicateurs assurent ce suivi : nombre de services déployés, part de B informatisés, taux de séjours disposant de prescriptions informatisées, évolution des non-conformités, évolution des dépenses de réactifs et consommables de laboratoire.

Il s'agit aussi d'évaluer dans quelle mesure l'informatisation a permis d'améliorer la qualité et la pertinence des prescriptions d'examen de biologie, et de diminuer le volume

⁸³ Id., p9

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Id., p38

⁸⁶ Id. p9

des actes. Ici aussi, des indicateurs existent. Tout d'abord, le tableau de bord prescrit précédemment permettra, dans la durée, de marquer les évolutions constatées. De fait, le suivi de l'évolution du volume de prescriptions des 30 actes les plus réalisés renseignera sur les changements de pratiques. L'hôpital pourra également comparer le nombre de B prescrits sur les séjours MCO au nombre de B théoriques issu de l'Etude Nationale des Coûts. L'informatisation autorisera certainement d'autres requêtes. Il convient de se saisir de l'occasion pour approfondir les indicateurs de suivi. A titre d'exemple, les redondances seront sans doute mieux tracées, et en assurer leur suivi sera pertinent.

En tout état de cause, confronté à la difficulté d'avoir une photographie précise et rigoureuse de la consommation de biologie à l'heure actuelle, et en l'absence d'un point de référence, il n'est pas possible d'estimer les gains qu'il est possible d'attendre de la prescription connectée. Le CH d'Avignon a estimé l'économie annuelle de l'ensemble des actions de juste prescription, informatisation incluse, entre 11 et 15% de B. A l'aune de ce constat, nous conseillons au CHV de mener des études d'impact qualitatives *a posteriori*.

Tout d'abord, il peut être pertinent de mener une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à un instant T, avant le déploiement de l'informatisation, et de la reproduire quelques mois après, sur des actes marqueurs identifiés en amont. L'EPP peut être conduite sous l'égide du comité de la juste prescription, autorité de référence.

Ensuite, il peut être intéressant de mener une étude de la valeur. Elle doit dresser un avant et un après de la prescription connectée, et tracer les évolutions de pratiques induites par l'informatisation. Il s'agit d'identifier, sur la base d'une grille, la plus-value et les gains dégagés dans la prise en charge du patient. Par service, sur un parcours patient, on identifiera tout ce qui est prescrit en biologie, quand, par qui, pour qui, avec quels renseignements, selon quels délais, dans quelle occurrence, avec quelles ressources... Un effort particulier de quantification du temps agent, d'analyse critique, et de quantification en coût sont demandés par la démarche. Cela suppose de :

- Définir les étapes d'un parcours patient dans un service ;
- Détailler, pour chaque étape du parcours, les tâches réalisées, les prescriptions de biologie associées, le nombre de prélèvements effectués, les acteurs de la prescription et du prélèvement, les ressources utilisées (temps agent estimé pour chaque étape⁸⁷, nombre de flacons, nombre de B, etc.). Il sera aussi demandé de renseigner certains items : s'agit-il d'un bilan systématiquement prescrit ? D'un examen de 1^{ère} ou de 2^{nde} intention ? Y a-t-il eu échange avec le biologiste ? Si une fréquence a été planifiée, laquelle ? Avez-vous eu une alerte de redondance ?

En tout état de cause, la grille d'analyse devra être débattue, corrigée et finalisée avec le référent de l'équipe projet de la prescription connectée, le cadre supérieur du pôle, le cadre et un praticien du service dans lequel l'étude sera menée. Il s'agit de

⁸⁷ Prescription ; prélèvement ; conditionnement ; acheminement...

l'ajuster le plus pertinemment possible pour qu'elle trace avec justesse les changements de pratique constatés. L'objectif vise à documenter les gains obtenus sur l'intégralité de la chaîne de soins et le retour sur investissement de la prescription connectée. Objectiver la plus-value de l'informatisation doit favoriser en retour l'adhésion des professionnels.

In fine, la prescription connectée est un outil duquel il est possible d'attendre beaucoup pour œuvrer dans le sens de la juste prescription. Mais rappelons qu'il ne faut pas tout en attendre non plus. « *Ce sera un outil intéressant, mais il ne résoudra pas tout. Il y aura toujours un moyen de contourner les alertes de redondance. Il n'y aura pas de blocage ou de verrou en tant que tel... d'où l'importance de la sensibilisation. Ce ne sera qu'un système pare-feu* »⁸⁸. Et la Cour des comptes de rappeler que « *la prescription connectée ne débouche pas automatiquement, en soi, sur une maîtrise des volumes d'actes et une indication plus pertinente des prescriptions. Elle facilite toutefois le développement des actions en ce sens, en permettant une analyse mutualisée des données et le repérage des points de vigilance* »⁸⁹. Il convient donc de penser la prescription connectée conjointement à la mise en place d'autres outils.

2.2.2 La contractualisation interne doit instaurer un suivi adapté et une vigilance continue des services prescripteurs

- **Des contrats de collaboration peu appropriés par les acteurs**

La norme ISO demande d'établir un contrat de collaboration entre le LBM et chaque service prescripteur. Cette contractualisation expose les engagements mutuels des acteurs. Elle a été initiée au CHV il y a deux ans. Outil récent, surtout formel, ce contrat manque de sens. Il ne contient aucun indicateur, et ne renvoie au service aucune information sur sa consommation de biologie et ses pratiques de prescription. Il égrène une série d'engagements mutuels, légitimes, mais trop larges et peu engageants.

- **Un outil à réinviter et à mobiliser**

Décevant en l'état, l'outil existe et doit être réinventé. Il doit être repensé et mobilisé comme le support d'un dialogue continu entre le laboratoire et les services prescripteurs. Il est nécessaire qu'il lui soit donné du sens et du contenu. La réactualisation des contrats de collaboration offre l'occasion idéale de le faire. Depuis près de huit mois en effet, le laboratoire rencontre des services. La réunion se tient le plus

⁸⁸ Entretien n°4, Dr F. COURTIER, Biologiste, Référent qualité du laboratoire de biologie médicale, Centre Hospitalier de Valence, le 04/06/2014, à Valence (26).

⁸⁹ COUR DES COMPTES, « *La Biologie médicale* », *Rapport public commandé par la Commission des affaires sociales du Sénat*, Juillet 2013, p130

souvent entre le médecin chef de service, le cadre, la cellule qualité du LBM, et reste ouverte à ceux qui souhaitent s'y joindre. Il y est fait surtout état des non conformités, et des façons de les réduire. Les interlocuteurs rencontrés sont unanimement jugés « ouverts » et « réceptifs » par les biologistes interrogés. Les réunions sont qualifiées de « bénéfiques » parce qu'elles permettent un temps échange rare au quotidien.

Il convient dès lors de capitaliser sur cette pratique et sur cet *a priori* positif pour renouveler les contrats de collaboration et en développer le contenu. Jusqu'alors, ils manquaient de données objectivées sur lesquelles fonder les règles d'une contractualisation. Avec l'instauration d'un suivi régulier et de tableaux de bord, le CH de Valence se dote des moyens nécessaires à un renforcement des liens contractuels entre le LBM et les services cliniques. Nous invitons l'établissement à introduire dans les contrats, les tableaux de bord et indicateurs précédemment mentionnés. Ils doivent transmettre un retour constructif aux unités de soins, et servir de fondement à un plan d'actions négocié. Les engagements du service tiendront donc aussi désormais à un effort à faire sur la juste prescription. Sur la base des données de consommation recueillies, il pourra être fixé au service des objectifs spécifiques : baisse du ratio de B/séjour, diminution du recours à certains examens, substitution de certaines analyses par d'autres plus pertinentes dans telle ou telle situation clinique, ou encore réduction du nombre de B internes et augmentation du nombre de B externes...

Le renouvellement des contrats de collaboration est aussi l'occasion de renouveler le rôle et la fonction des pilotes de la juste prescription dans l'établissement. L'hôpital Necker a par exemple mis en place des porteurs de projets en désignant un quatuor clinico-biologiste, composée de deux praticiens et deux paramédicaux par pôle, pour assurer le suivi de la démarche au sein des services. Ces référents sont inscrits dans chacun des contrats de pôle. Ils participent aux réunions de renouvellement des contrats de collaboration de chaque service du pôle, et sont associés à leur suivi. Parallèlement, le LBM s'engage sur le respect des délais de rendu, la fiabilité des résultats, et un renforcement de sa prestation de conseil en biologie.

▪ **La possibilité d'en renforcer la valeur par une logique l'intéressement**

De fait, le levier financier peut sensibiliser les services à maîtriser le volume de leurs prescriptions. La refacturation en interne vise déjà cet objectif. Les CREO ont seulement deux ans d'âge, mais ils portent déjà leurs fruits dans la mesure où ils constituent aujourd'hui un important outil du pilotage des pôles. Ils illustrent la force d'incitation, de persuasion même, du levier financier. Dès lors, sur la base de données objectives recueillies par un suivi fiable et régulier, appuyé sur des contrats de collaboration repensés et investis de sens, l'intéressement est un outil qu'il devient possible de développer. Le service du contrôle de gestion a la compétence pour en

déterminer les modalités. Trois prérequis s'imposent néanmoins : disposer d'un système d'information fiable et requêtable, s'assurer que toutes les charges sont imputées, définir une politique tarifaire consensuelle. Dans ce cadre, le critère de la baisse, dans une proportion déterminée, du volume des prescriptions de biologie médicale pourrait figurer au nombre des critères au choix de l'intéressement pour les pôles.

La méthode a l'avantage de la vertu par les chiffres. Le système est incitatif parce qu'il lie les pratiques quotidiennes des acteurs aux ressources dont ils peuvent disposer. Cependant, ce critère crée une interdépendance des services difficilement défendable. Dans quelle mesure un service qui s'engage réellement dans un effort de juste prescription peut-il être pénalisé par la présence, dans son pôle, d'un service aux prises en charge connues pour son haut niveau de sévérité, et donc pour son important recours à la biologie médicale ? Par ailleurs, le système court le risque de se voir opposer la faiblesse de l'argument financier, quasi mercantile, consistant à lier un objectif de rentabilité à des prises en charge soignantes portant sur l'humain.

A terme, l'intéressement nous paraît délicat à manipuler. En tout état de cause, aucun des établissements interrogés ne l'a mis en place. Sans doute l'hôpital public n'est-il pas assez mûr pour agir sur ce levier. Cela pourrait être préjudiciable en l'absence d'autres leviers d'action, mais la réalité est autre. Les outils de la juste prescription ne manquent pas à l'hôpital. Davantage qualitatifs, ils sont plus légitimement acceptables par la communauté médicale. Ils doivent d'abord être investis, déployés, et leur impact mesuré avant de s'interroger sur l'intéressement. Il convient de préférer les mettre en place, dans de bonnes conditions, pour en assurer le succès, plutôt que de parier sur un outil clivant qui ne servira pas nécessairement la cause de la juste prescription à l'hôpital.

2.2.3 Ces différents leviers nécessitent des conditions favorables de mise en œuvre

Les EPS désireux de s'investir dans une démarche de juste prescription doivent se donner les moyens de réussir en veillant à ce que les conditions de mise en œuvre soient réunies. Beaucoup de ces prérequis sont d'ordre symbolique et culturel. Ils doivent permettre aux outils opérationnels de prendre racine et d'être effectivement opérant.

▪ **De l'importance de se donner du temps**

« *La pertinence des actes et la juste prescription demandent du temps* »⁹⁰. Le delta entre « *ceux qui décident et ceux qui mettent en œuvre* »⁹¹ va aussi nécessiter du temps avant d'être comblé. L'appropriation de cette politique institutionnelle, et de la

⁹⁰ Entretien n°4, Dr F. COURTIER, Biologiste, Référent qualité du laboratoire de biologie médicale, Centre Hospitalier de Valence, le 04/06/2014, à Valence (26).

⁹¹ Ibid.

multiplicité des outils déployés, ne sera pas simultanée. Il ne faut donc pas négliger ce délai d'acculturation. De la même manière, l'installation d'un comité de la juste prescription et sa montée en charge pourront nécessiter un certain temps. Il faut que les objectifs soient clairs, et qu'ils valent le coût. Qu'ils soient en tout cas considérés ainsi. Ce coût, ce sera d'abord et avant tout le temps dédié par les professionnels au fonctionnement du comité et au pilotage des outils de juste prescription. Ce coût, ce sera aussi la construction d'un rapport de confiance et d'une légitimité partagée et indiscutable. En effet, s'intéresser à la juste prescription, c'est s'intéresser aux pratiques individuelles, et cela peut être vécu comme une remise en question de l'individu ou comme une critique de la compétence du professionnel. Dès lors, « *pour qu'un clinicien prescripteur accepte l'avis du biologiste, potentiellement contradictoire, il faut une légitimité reconnue du biologiste* »⁹². Sur ce point, il faut d'abord capitaliser sur la reconnaissance législative de la loi de validation de l'ordonnance Ballereau qui valorise la fonction de conseil du biologiste et qui élève l'examen de biologie au rang d'acte médical. Pour l'un des biologistes interrogés, il faut également renforcer l'offre de formation proposée aux biologistes pour qu'ils soient en mesure de renouveler continuellement leur expertise.

La construction de ce rapport de confiance requiert donc de considérer le temps comme un investissement, et de ne pas se précipiter en attendant immédiatement des résultats tangibles. Or, le temps n'est plus valorisé à l'hôpital, parce qu'il n'est pas assez rémunérateur. Ce serait pourtant une erreur que de négliger cet aspect. Sur ce point, le Dr Piffaut du CH de Vichy alerte : « *Qui dit prescription connectée dit laboratoire ouvert aux rajouts d'examen. Nous avons beaucoup de demandes de rajouts, surtout par les Urgences. Mais c'est le prix à payer pour ne plus tout prescrire d'emblée. C'est un travail ingrat et non quantifiable, dont l'institution n'a pas forcément conscience. (...) Or, il faut des acteurs qui s'investissent dans un travail non productif, c'est-à-dire invisible sur leur productivité. Le B inutile est facile à produire, le B utile coûte plus cher. Les directions et les tutelles doivent le savoir et le reconnaître* »⁹³.

Enfin, il convient de rappeler que, si la réduction des analyses inutiles et redondantes est un sujet intéressant pour un biologiste, « *elle n'est pas non plus un sujet prioritaire* »⁹⁴. La priorité est au rendu d'un résultat fiable, dans les délais, au bon interlocuteur. C'est la raison pour laquelle la démarche ne peut s'inscrire que dans le temps long, et non dans le ponctuel ou dans l'urgence.

⁹² Entretien n°7, Dr T. LE BRICON, Biologiste, Responsable de l'Unité de Biochimie, Référent Informatique, Centre Hospitalier de Valence, le 16/07/2014, à Valence (26)

⁹³ Dr PIFFAUT, Biologiste, CH Jacques Lacarin de Vichy, Echange par email, 6 Octobre 2014

⁹⁴ Ibid.

▪ De la nécessité de construire un langage commun

Porter avec succès une démarche de juste prescription suppose également de s'entendre sur un langage commun. La diversité des logiques professionnelles qui se rencontrent à l'hôpital complique cet échange. « *Le clivage administratif, médical et soignant fait que le dialogue est difficile, qu'il ne favorise pas le travail de long cours* »⁹⁵. Sur ce point, le Dr LE BRICON fait remarquer que sans ma présence, et mon statut particulier d'élève-directeur détaché sur une mission, personne ne serait venu à la rencontre des biologistes pour se saisir de la question, et les interroger sur le constat qu'ils font des pratiques de prescription dans l'établissement. Le biologiste admet l'importance de poursuivre la démarche, mais s'interroge sur ce qu'il restera de la question à mon départ, quand « *l'interface sera rompue* », et de rajouter que « *quelques rendez-vous çà et là avec l'administration ne seront jamais assez pour une démarche d'analyse suffisante* » alors que le quotidien happe les individus.

En recueillant ce ressenti, nous ne pouvons qu'insister plus fortement sur la désignation de référents institutionnels, pluridisciplinaires, sur la juste prescription. La priorité consiste peut-être d'abord à identifier les bons interlocuteurs pour porter la démarche, dans la communauté médicale – parmi les prescripteurs et les biologistes, dans la communauté soignante, et parmi le personnel administratif et de direction. Dans ce dernier volet, il paraît difficile de se passer d'un représentant de la direction des affaires financières et du contrôle de gestion, des services économiques, de la DSI.

En effet, si la problématique de la juste prescription est d'abord et avant tout une démarche médicale, elle intéresse beaucoup d'autres acteurs de l'hôpital. C'est la raison pour laquelle elle doit être initiée par chef d'établissement et le Président de CME. Dès lors, l'ensemble de ces acteurs doivent construire un vocabulaire commun, fondé sur des constats et un objectif partagés, et sur une volonté d'agir commune. C'est là toute l'importance de donner du sens à la démarche. « *Optimiser des moyens limités pourrait paraître frustrant si la pratique professionnelle ne s'en trouvait valorisée* »⁹⁶. Or, la mise en œuvre d'une politique de juste prescription est l'occasion de repenser l'exercice médical au sein d'un établissement autour du bien-être du patient et de la qualité de sa prise en charge. Et qui d'autre que le patient pourrait servir de catalyseur des intérêts et volontés communes à l'hôpital ? C'est sur ce point qu'il faut insister, c'est cet objectif qui doit occuper le centre de l'argumentaire de déploiement de la juste prescription à l'hôpital.

Le second point cardinal de ce discours partagé doit consister en la désignation des priorités institutionnelles. « *Le laboratoire connaît mal le niveau d'activité de tel ou tel service, les priorités institutionnelles, etc. Les choix gagneraient à être davantage*

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ Dr ESCOURROU B., Médecin généraliste, maître de conférence des universités, « *La pertinence, c'est faire mieux avec nos moyens* », in *Question Santé – Le Magazine de l'ARS Midi-Pyrénées*, n°5, Fév. 2012, p5

concertés et exposés pour être partagés »⁹⁷. Selon que la priorité est au désengorgement des urgences ou à la réduction de la DMS dans des services cibles, l'arbitrage à l'achat de certain type d'examen et réactifs ne sera pas le même en termes de sensibilité et de spécificité. A terme, un vocabulaire commun aux acteurs administratifs, médicaux et soignants de l'hôpital ne pourra toujours que favoriser l'appropriation de la démarche.

▪ **De l'utilité de bénéficiaire d'un effet d'entraînement national**

Enfin, les établissements de santé ont sans doute aussi besoin que les autorités nationales donnent le « la » pour les entraîner dans une dynamique vertueuse de juste prescription. Un pilotage plus ferme et plus impliqué de la part de l'administration centrale et des ARS nous paraît utile. A titre d'exemple, en région Midi-Pyrénées, « *les nouveaux contrats d'objectifs et de moyen des établissements de santé (...) intégreront l'obligation de mener un travail sur la pertinence des soins en fonction du diagnostic établi sur le territoire de santé. En complément, une communication auprès de la population sera réalisée par l'ARS sur ce thème via le site Internet de l'agence et la CRSA* »⁹⁸. L'éducation du public est en effet à poursuivre au niveau national, pour lutter contre les effets délétères du consumérisme médical et du triomphalisme de la technique.

Il paraît aussi nécessaire d'accélérer le rythme d'élaboration des recommandations de bonne pratique par la HAS, ou par la CNAMTS qui peut ensuite les soumettre à la Haute Autorité pour approbation. De même, aux termes de l'article L.162-1-7 du Code de la Sécurité Sociale, « *l'inscription d'un acte à la nomenclature peut être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte* »⁹⁹.

Enfin, la Cour des comptes souligne l'importance d'améliorer le suivi annuel national des dépenses totales de biologie « *en demandant à l'ATIH de chiffrer les coûts directs de ces dépenses pour les établissements hospitaliers* »¹⁰⁰, notamment en cernant mieux les familles d'examens réalisés en propre par les laboratoires hospitaliers, et en décrivant l'activité en nombre d'examens et plus seulement B. Cette nouvelle attention des autorités nationales sur la consommation de biologie médicale devrait être de nature à développer des recommandations favorisant la juste prescription, et à accompagner les établissements dans cette démarche.

⁹⁷ Entretien n°7, Dr T. LE BRICON, Biologiste, Responsable de l'Unité de Biochimie, Référent Informatique, Centre Hospitalier de Valence, le 16/07/2014, à Valence (26)

⁹⁸ Dr MORFOISSE JJ, Directeur de la qualité et de la performance à l'ARS Midi-Pyrénées, « *L'ARS et la pertinence des soins* », in *Question Santé – Le Magazine de l'ARS Midi-Pyrénées*, n°5, Février 2012, p10

⁹⁹ COUR DES COMPTES, « *La Biologie médicale* », *Rapport public commandé par la Commission des affaires sociales du Sénat*, Juillet 2013, p120

¹⁰⁰ Ibid., p46

Conclusion

C'est donc un foisonnement de solutions que propose ce mémoire pour garantir le suivi institutionnel de la biologie médicale et favoriser la juste prescription. Les établissements peuvent décider de déployer un ou plusieurs de ces outils, progressivement ou simultanément, au choix selon ce qui leur semblent le plus prioritaire, le plus facile, le moins coûteux, et selon les enjeux locaux. Si ce mémoire ne prétend pas à l'exhaustivité, et qu'il ne prescrit aucune solution en tant que telle mais des pistes de solutions, il commande en revanche à ce que la problématique de la juste prescription en biologie émerge comme sujet à enjeux dans les hôpitaux, et que les Directions s'en saisissent pleinement.

Le sujet de la pertinence des examens de biologie, en étant à la croisée des problématiques de qualité et de sécurité des soins, d'efficience, et de stratégie d'établissement, suppose d'être pris en compte. En ce sens, il relève de la responsabilité du Directeur d'hôpital, garant de la qualité de la prise en charge du patient, de l'équilibre et de la performance de l'établissement, d'initier une démarche aboutie de juste prescription. Par son positionnement, sa hauteur de vue, et le regard stratégique et transversal qu'il porte sur l'établissement, le Directeur est le plus à même de hisser le sujet au rang des priorités institutionnelles, et d'en favoriser l'acculturation par tous les professionnels. La pertinence est en effet l'acquisition d'une nouvelle culture. « *C'est un état d'esprit qui nécessite une réactivation permanente des motivations* »¹⁰¹. En tant qu'instigateur et facilitateur des projets hospitaliers de performance, le Directeur peut favoriser la collaboration administrative, médicale et soignante, et concilier ces logiques professionnelles à la faveur d'un seul objectif : assurer la pérennité de la biologie médicale à l'hôpital.

Parce que c'est fondamentalement ce dont il s'agit ici. Systématiser une démarche de juste prescription, à l'échelle d'un établissement, et par tous les établissements en France, est le prérequis pour conforter l'offre publique en biologie. « *Sur le plan de la santé publique, le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques, et un niveau d'exigence accru [solliciteront] de plus en plus le recours à la biologie. (...) Sur le plan économique, la pression sur la régulation des dépenses de biologie médicale ne cesse de croître* »¹⁰². Dans ce contexte, « *les laboratoires [font face] à de nombreux défis : offrir une réponse biologique adaptée aux besoins cliniques, mettre en œuvre les progrès technologiques, améliorer la prescription médicale biologique,*

¹⁰¹ MORNEX René, *Améliorer la pertinence des stratégies médicales*, Rapport Public de l'Académie Nationale de Médecine, Avril 2013, p9

¹⁰² ANAP, *Coopération territoriale en biologie médicale – enseignements et monographies*, Janv. 2013, p5

*maîtriser les coûts... »*¹⁰³. Ce constat n'autorise plus au passéisme ou à l'immobilisme. Ainsi positionnée à la croisée des chemins, sous le joug des injonctions contradictoires, la biologie médicale suppose de faire l'objet d'une politique volontariste. Pour le Doyen MORNEX, les problèmes vont s'accroître et conduire à des arbitrages financiers qui tomberont brutalement si la collectivité ne s'engage pas. « *Personne n'est totalement coupable mais nous sommes tous responsables* »¹⁰⁴.

Pour ne plus porter comme autre responsabilité que celle d'œuvrer à l'amélioration de la pertinence des actes de biologie et à la pérennité de l'équilibre économique des établissements publics de santé, nous prescrivons d'engager dans chaque établissement, là où ce n'est pas déjà fait, un échange constructif entre la communauté médicale et administrative sur ce sujet. Un plan d'action, adossé sur les nombreux outils proposés, peut permettre d'agir effectivement sur la demande de biologie médicale.

Une autre action peut être poursuivie parallèlement, cette fois sur l'offre de biologie médicale à l'hôpital et sur son organisation. Les laboratoires ont déjà fait d'importants efforts de productivité. L'avenir réside maintenant dans l'arbitrage de ce que chaque établissement sur un territoire peut et doit proposer comme examens de biologie, dans une logique de complémentarité des expertises. C'est là tout le sens des réorganisations territoriales actuellement en cours.

En somme, nul doute que la biologie médicale hospitalière est à l'aube de ses évolutions, et aux balbutiements des changements qui finiront de dessiner son nouveau visage. En tant que jeune directrice, je me réjouis d'avoir l'opportunité, la volonté, et la responsabilité d'en accompagner les mutations dans l'avenir, dans un dialogue pluri-professionnel exigeant, stimulant, et tellement enrichissant.

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ MORNEX René, *Améliorer la pertinence des stratégies médicales*, Rapport Public de l'Académie Nationale de Médecine, Avril 2013, p9

Bibliographie

TEXTES DE LOIS :

LOI n°75-626 du 11 Juillet 1975 relative aux laboratoires d'analyses de biologie médicale et à leurs directeurs et directeurs adjoints, JORF, 1975

LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF, 2009.

LOI n°2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale

ORDONNANCE n°2010-49 du 13 Janvier 2010 relative à la biologie médicale

RAPPORTS PUBLICS :

ANAP, *Prescription électronique : faire adhérer les praticiens*, Fév. 2014, 46p

ANAP, *Coopération territoriale en biologie médicale – enseignements et monographies*, Janv. 2013, 17p

ASTERES, *Le secteur de la biologie médicale - état des lieux et réformes souhaitables*, Oct. 2011, 34p

CLIO Santé, *Note d'orientation : comment déployer la prescription électronique*, janv. 2012, 7p

COUR DES COMPTES, « *La Biologie médicale* », *Rapport public commandé par la Commission des affaires sociales du Sénat*, Juillet 2013, 167p

COUR DES COMPTES, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Sept. 2013, 631p

HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, Janvier 2014, 112p

HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Utilité clinique du dosage de la vitamine D*, 2013, 24p

MORNEX René, « *Améliorer la pertinence des stratégies médicales* », *Rapport Public de l'Académie Nationale de Médecine*, Avril 2013, 23p

QUOTIDIENS, REVUES & PERIODIQUES :

ANAP, *Le chantier « biologie » du projet performance du centre hospitalier de Vichy*, Mai 2012, 3p

CORDIER C., « *Marisol Touraine dévoile son plan d'économies de 10Md€ sur 3 ans pour l'Assurance maladie* », in *Hospimedia*, 25 Avril 2014, 2p

DAHAN, GALLOT, BALLEREAU, « *La biologie médicale, cœur de métier hospitalier - Enjeux de la réforme* », *Revue Hospitalière de France*, n°531, Nov-Déc 2009, 4p

GUENIOT C., « *La juste prescription des examens biologiques* », *Webzine de l'AP-HP*, Nov. 2012, 2p

HAROUSSEAU JL, « *Evaluer la pertinence des soins : une démarche de progrès* », *Lettre de la HAS*, n°27, Mai-Juin 2011, 4p

QUEGUINER T., « *La DGOS chiffre à 70 M€ le déficit global 2013 des hôpitaux publics* », in *Hospimedia*, 27 Mai 2014, 2p

MORNEX R., PICHAN M, LE MOIGN R., Dossier « *Evaluation de la pertinence des actes* », *Revue Hospitalière de France*, n°537, Nov-Déc. 2010, 13p

NICOLLET C., « *Prescription connectée, impact en biologie hospitalière* », in *Spectra Biologie*, n°163, Déc. 2007, 6p

REDACTION HOSPITALIA, « *Prescription connectée en biologie : pari tenu pour le CH d'Avignon* », in *Hospitalia Magazine*, Août 2013, 2p

ROUGE D., VINEL JP, DE LARRARD B., & Coll., Dossier « *La pertinence des soins* », in *Question Santé – Le Magazine de l'ARS Midi-Pyrénées*, n°5, Février 2012, 10p

DOCUMENTS DE TRAVAIL :

CERCLH, *Restitution Programme Régional sur la Biologie et l'Anatomo-cytologie publique en Rhône-Alpes*, Avril 2014, 70p

COMMISSION MEDICALE REGIONALE, *Guide d'utilisation des analyses de laboratoire en Montérégie*, Janv. 2003, 108p

DA SILVA J., PSALTOPOULOS E., VEKEMANS M., « *Optimisation de la prescription à Necker-Enfants Malades* », présentation du dispositif par le Pôle de Biologie et Produits de Santé, AP-HP, Janv. 2012, 9p

DGOS, *Réactifs et consommables de laboratoire de biologie médicale (ARMEN Vague 1 - livrable long)*, 51p, 2012

ZANKER, BEZEAUD, GUIMONT, Coll., *Evaluer la juste prescription des examens biologiques dans un service d'urgence, Extrait*, 2014, 1p

Liste des annexes

ANNEXE 1 – Schéma du fonctionnement général du processus de biologie au CHV

ANNEXE 2 – Exemple de bon de prescription en biologie médicale au CHV

ANNEXE 3 – Classement des 60 actes les plus prescrits au CHV en volume et en valeur

ANNEXE 4 – Evolution 2010-2013 de la consommation des 60 premiers actes de biologie

ANNEXE 5 – Tableau comparatif des outils de la juste prescription dans les EPS

ANNEXE 6 – Exemple de tableau de bord de suivi de l'activité de biologie médicale

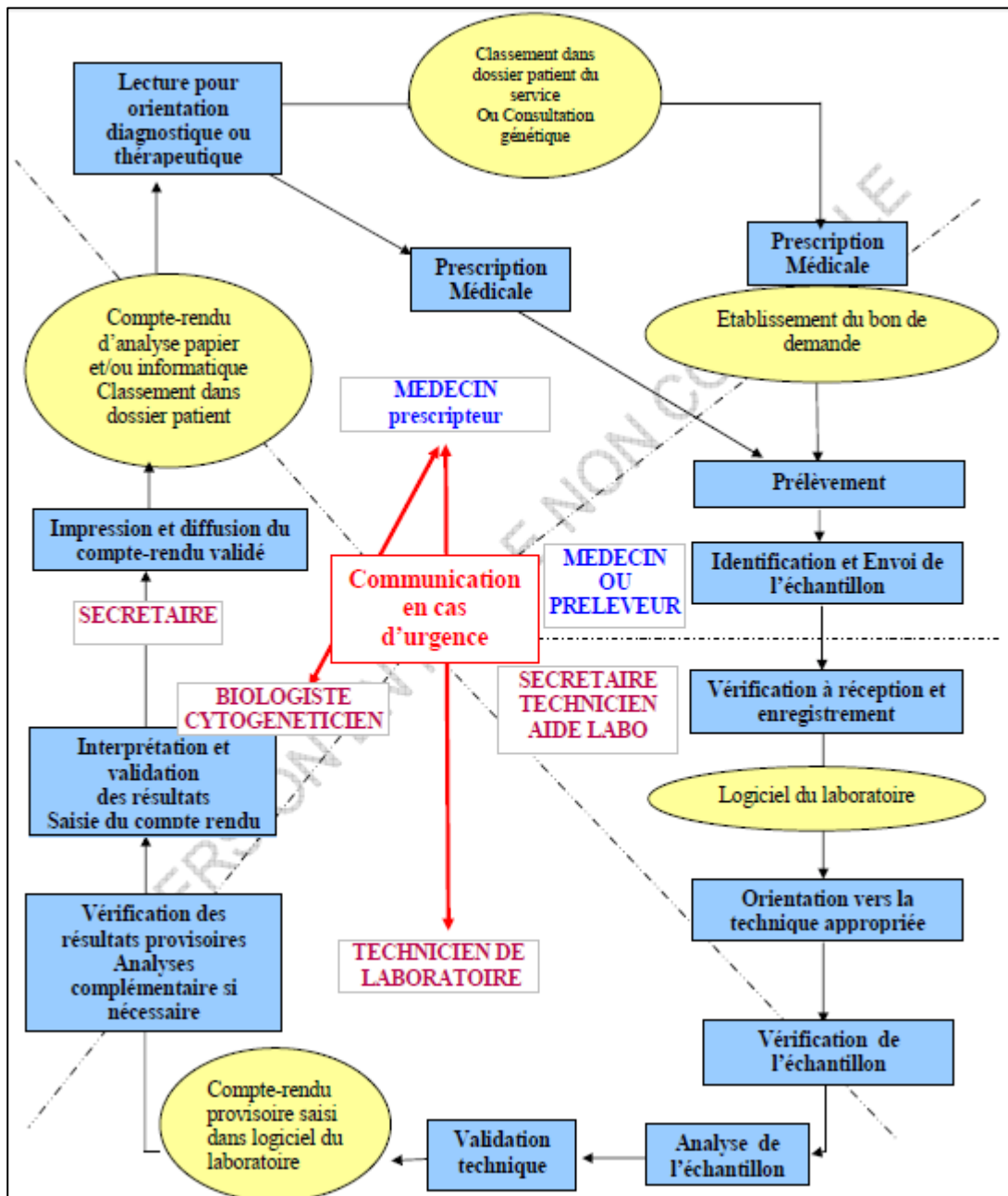
ANNEXE 7 – Suivi du nombre d'actes et B par service d'hospitalisation complète (2013)

ANNEXE 8 – Exemple de fiche de bon usage : le cas du bilan thyroïdien

ANNEXE 9 – Liste des personnes rencontrées

ANNEXE 10 – Grilles de questions des entretiens


ANNEXE 1 – Schéma du fonctionnement général du processus de biologie au CHV



Source : CH Valence, Manuel Qualité du Laboratoire de biologie médicale, p6

ANNEXE 2 – Exemple de bon de prescription en biologie médicale au CHV (recto)

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
LBM FORM PA 03-10 Janvier 2014



Centre Hospitalier
de Valence

Etiquette

Patient

Ne pas photocopier ce BON

Date :/...../.....

Nom du prescripteur :

Nom du préleveur :

EXAMENS pris en charge 24/24h

Heure de prélèvement

0h 4h 8h 12h 16h 20h

1h 5h 9h 15 minutes 13h 17h 21h

2h 6h 10h 30 minutes 14h 18h 22h

3h 7h 11h 45 minutes 15h 19h 23h

AES J0 patient SOURCE (AESU)

VIH urgent (1 tube sec Gel JAUNE)

Hépatite B et C

Nom SOURCE:

Nom ACCIDENTE:

Diurèse 24h :

HEMATOLOGIE

1 tube EDTA violet

Numération, formule, plaquettes (N)

Plaquettes (P)

Réticulocytes (RETI)

Recherche de schizocytes (SCH)

Paludisme (dépistage) (PALU)

Suivi paludisme (CPAR)

1 tube EDTA BLEU

Contrôle plaquettes citrate (PCIT)

1 tube NOIR

Vitesse de sédimentation (VS)

HEMOSTASE

1 tube Citrate de Calcium

TRAIEMENT anticoagulant

Absence (ATT)

Non connu (NCON)

Héparine / Calci (HEP)

AVK

Relais Hep - AVK (RHA)

HBPM (HBP)

Organan (ORG)

Pradaxa (PRA)

Xarelto (XAR)

Héparinémie (Anti-Xa)

Réservé au labo

Bilan préanesthésie pédiatrie (PED)

VIROLOGIE (rech rapide)

1 tube sérum

Grippe (recherche rapide) (AGGR)

Antigène VRS (AGVR)

SEROLOGIE

1 tube sérum JAUNE

Ag HBs urgent (pour périnatalité) (AGBSU)

Toxoplasmose IgG-IgM (TOXO)

1 tube sérum JAUNE

Sang CORDON Toxoplasmose (TOXO)

Réservé au labo (PNC)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

A mettre au Verso de ce bon

BIOCHIMIE SANG - TOXIQUES - MEDICAMENTS

1 tube Héparine VERT

Na, K, Cl, CO2, Prot, urée, créa, gluc (IONO)

Potassium (K)

Créatinine (CREA) + clairance MDRD

Protéines totales (PROT)

IONO + Ca, P, Acide urique (NEPH)

CRP

Glucose (GLYC) Osmolalité (OSMOM)

Calcium (CALC)

Phosphore (PHOS)

Magnésium (MAGN)

Acide urique (ACUR)

ASAT (GOT) - ALAT (GPT)

Gamma GT (GGT)

Phosphatase Alcaline (PALC)

Amylase (AMY)

Lipase (LIPA)

Bilirubine (BILI)

CPK

LDH

Cholestérol total (CHOL)

Triglycérides (TRIG)

Ferritine (FERR)

Myoglobine (MYO)

Troponine Ic (ITROP)

NT-Pro BNP (PNBP)

1 tube sérum ROUGE

Beta HCG quantitatif (HCG)

Dépistage (+/-) URGENT grossesse (DBG)

Méthotrexate (METH)

Lithium (LITH)

TSH seule (Cordarone, dépistage) (TSH)

BIOCHIMIE URINE

1 tube urinaire JAUNE

Na, K, Cl, Urée, Créatinine (UION)

Osmolalité (UOSMO)

Glucose (UGLY)

Protéines (UPRO)

Rapport Protéines / créat (PRCRI)

Ca (UCA)

Rapport Ca / créat U (CACR)

Phosphore (UPHO)

Magnésium (UMAG)

Amylase (UAMY)

Acide urique (UACU)

Bandelette : pH (PHU) densité (UDEN)

Drogues / stupéfiants (dépistage) (UDRO)

Dépistage de grossesse (DBGU)

Ethanol (ALC)

Benzodiazépines (recherche) (RBENQ)

Tricycliques (recherche) (RTRIQ)

Paracétamol (PARA)

Salicylés (SALI)

Digoxine (DIGO)

Phénobarbital (PHEN)

Carbamazépine (CARB)

Phénytoïne (DIPH)

Valproate de sodium (VALP)

Geniarnycine (GENTP, GENTR)

Pic Rés

Amikacine (AMIP, AMIR)

Pic Résiduel

1 tube EDTA violet

Amylase (AMY)

1 tube EDTA violet

Vancorycine (VANCP, VANCR, VANPC)

Pic Rés Perf continue

Ammoniaque (AMMO)

1 tube EDTA violet

Cyclosporine (CICLO)

GAZOMETRIE

Seringue gaz hépar 10-30min

Sous air Sous O2 L

Artériel + lactates + Ca ionisé (GDSCA)

Veineux + lactates + Ca ionisé (GDSV)

Art pulmonaire / fémorale (RADIP/F)

Seringue sang CORDON

CORDON : pH, pCO2, pO2, EB, lactates

Artériel (GDSCA) Veineux (GDSCV)

Seringue sang hépar 10-30min

HbCO (HBCO) MéthHb (HBME)

Ca ionisé (CAIO) Lactates (LACT)

Seringue sang hépar 10-30min

Gaz du sang capillaire (GDSC)

Lactates capillaire (LACTC)

BIOCHIMIE LCR - PONCTIONS

1 tube héparine

Chimie LCR (glucose + prot.) (LCRC)

Lactates LCR (LCLA)

Réservé labo CL TR Cl H+

H++ T++ COA

Isoélectrofocalisation

1 tube héparine

Pleurale Genou Ascite

Lame Autre (LIL)

ANNEXE 3 – Classement des 60 actes les plus prescrits au CHV en volume et en valeur

Test (paramètre)	Nombre	B	Prix unitaire	Prix volume
Plaquettes	95782	15	3,660 €	350 562 €
Numér° plaquettaire	95716	29	7,076 €	677 286 €
Protéines totales	95310	9	2,196 €	209 301 €
Créatinine	91737	7	1,708 €	156 687 €
Potassium (K)	89409	7	1,708 €	152 711 €
Sodium (NA)	88759	7	1,708 €	151 600 €
Ionogramme (K+NA)	88703	13	3,172 €	281 366 €
Urée	88301	7	1,708 €	150 818 €
Bicarbonates (CO2)	88070	7	1,708 €	150 424 €
Ionogramme complet	87948	27	6,588 €	579 401 €
Glucose (mmol/l)	85610	5	1,220 €	104 444 €
Urée et créatinine	83693	8	1,952 €	163 369 €
CRP	70688	10	2,440 €	172 479 €
TP	56728	20	4,880 €	276 833 €
Calcium	44634	7	1,708 €	76 235 €
TGP (ou ALAT)	31302	7	1,708 €	53 464 €
TGO (ou ASAT)	31285	7	1,708 €	53 435 €
Gamma GT	28056	7	1,708 €	47 920 €
Phosphatase alcaline	25878	7	1,708 €	44 200 €
Phosphore	22576	7	1,708 €	38 560 €
Fibrinogène	19180	18	4,392 €	84 239 €
Troponine	18366	65	15,860 €	291 285 €
Ion Urée Créa Glyc.	17162	40	9,760 €	167 501 €
Lipase	16117	9	2,196 €	35 393 €
Bilirubine totale	14905	10	2,440 €	36 368 €
Acide urique	13889	7	1,708 €	23 722 €
Magnésium	12853	7	1,708 €	21 953 €
Calcium ionisé	11306	50	12,200 €	137 933 €
Lactates	11194	7	1,708 €	19 119 €
Myoglobine	10457	35	8,540 €	89 303 €
GDS artériel	9021	75	18,300 €	165 084 €
TSH	8975	31	7,564 €	67 887 €
Amylase plasmatique	7788	7	1,708 €	13 302 €
Ferritine	7708	33	8,052 €	62 065 €
BNP	6871	84	20,496 €	140 828 €
ECBU	6391	65	15,860 €	101 361 €
Créatine Kinase CPK	6322	7	1,708 €	10 798 €
Cytologie urines	5771	15	3,660 €	21 122 €
Hémoculture (HEMOS)	5376	80	19,520 €	104 940 €
Fer sérique	5367	7	1,708 €	9 167 €
Albumine sérique	5301	10	2,440 €	12 934 €
Transferrine	5275	14	3,416 €	18 019 €
Cap. Fixation fer	5249	14	3,416 €	17 931 €

(BHN)

LDH	5144	7	1,708 €	8 786 €
Cholestérol sérum	4611	5	1,220 €	5 625 €
HDL Cholestérol sér.	4611	30	7,320 €	33 753 €
Triglycérides	4611	7	1,708 €	7 876 €
Vitamine D	4498	42	10,248 €	46 096 €
HIV Ac + AgP24	4196	52	12,688 €	53 239 €
AG HBS	4165	52	12,688 €	52 846 €
Hémoculture (HEMO)	3911	80	19,520 €	76 343 €
Sérologie Hépatite B	3905	55	13,420 €	52 405 €
HDL+LDLc+chol+trig	3858	30	7,320 €	28 241 €
Protéines sang (PREPP)	3778	7	1,708 €	6 453 €
Electrophorèse sérique	3777	53	12,932 €	48 844 €
Ac anti-HCV	3738	55	13,420 €	50 164 €
Vitesse de Sédiment°	3706	7	1,708 €	6 330 €

Source : extractions SYNERGIE brutes soumises à exploitation

	700 à 500k
	500 à 200k
	200 à 100k
	100k à 70k
	70k à 50k
	50k à 20k
	20 à 10k
	-10 000

Coût unitaire de production (coût complet) = 0,244€

ANNEXE 4 – Evolution 2010-2013 de la consommation des 60 premiers actes de biologie

Actes	2011		2012		2013		Part d'évolution 2011/2013			Part d'évolution 2012/2013		
	Nombre	€	Nombre	€	Nombre	€	Nombre	€	En %	Nombre	€	En %
	Numération plaquettaire	86 013	608 628 €	93 145	659 094 €	95 716	677 286 €	9 703	68 658 €	10,14%	2 571	18 192 €
Ionogramme complet	69 703	459 203 €	85 679	564 453 €	87 948	579 401 €	18 245	120 198 €	20,75%	2 269	14 948 €	2,58%
Plaquettes	86 324	315 946 €	93 218	341 178 €	95 782	350 562 €	9 458	34 616 €	9,87%	2 564	9 384 €	2,68%
Tropomine	16 513	261 896 €	19 462	308 667 €	18 366	291 285 €	1 853	29 389 €	10,09%	-1 096	-17 383 €	-5,97%
TP	51 430	250 978 €	56 854	277 448 €	56 728	276 833 €	5 298	25 855 €	9,34%	-1 26	-615 €	-0,22%
Protéines totales	71 594	157 220 €	92 431	202 978 €	95 310	209 301 €	23 716	52 081 €	24,88%	2 879	6 322 €	3,02%
CRP	62 648	152 861 €	69 958	170 698 €	70 688	172 479 €	8 040	19 618 €	11,37%	730	1 781 €	1,03%
Ion Urée Créa Glycémie	6 589	64 309 €	16 658	162 582 €	17 162	167 501 €	10 573	103 192 €	61,61%	504	4 919 €	2,94%
GDS Artériel	9 695	177 419 €	10 353	189 460 €	9 021	165 084 €	-674	-12 335 €	-7,47%	-1 332	-24 376 €	-14,77%
Urée créa timine	75 320	147 025 €	84 535	165 012 €	83 693	163 369 €	8 373	16 344 €	10,00%	-842	-1 644 €	-1,01%
Potassium (K)	78 308	133 750 €	87 151	148 854 €	89 409	152 711 €	11 101	18 961 €	12,42%	2 258	3 857 €	2,53%
Sodium (NA)	77 804	132 889 €	86 524	147 783 €	88 759	151 600 €	10 955	18 711 €	12,34%	2 235	3 817 €	2,52%
Urée	75 486	128 930 €	84 822	144 876 €	88 301	150 818 €	12 815	21 888 €	14,51%	3 479	5 942 €	3,94%
Bicarbonates (CO2)	71 276	121 739 €	85 804	146 553 €	88 070	150 424 €	16 794	28 685 €	19,07%	2 266	3 870 €	2,57%
BNP	3 469	71 101 €	5 780	118 467 €	6 871	140 828 €	3 402	69 727 €	49,51%	1 091	22 361 €	15,88%
Calcium ionisé	132	1 610 €	11 201	136 652 €	11 306	137 933 €	11 174	136 323 €	98,83%	105	1 281 €	0,93%
Glucose (mmol)	65 651	80 094 €	76 518	93 352 €	85 610	104 444 €	19 959	24 350 €	23,31%	9 092	11 092 €	10,62%
ECBU	6 710	106 421 €	7 033	111 543 €	6 391	101 361 €	-319	-5 060 €	-4,99%	-642	-10 182 €	-10,05%
Myoglobine	9 423	80 472 €	10 613	90 635 €	10 457	89 303 €	1 034	8 831 €	9,89%	-156	-1 332 €	-1,49%
Fibrinogène	17 520	76 948 €	18 126	79 609 €	19 180	84 239 €	1 660	7 291 €	8,65%	1 054	4 629 €	5,50%
TSH	8 367	63 288 €	9 115	68 946 €	8 975	67 887 €	608	4 599 €	6,77%	-140	-1 059 €	-1,56%
Ferritine	5 694	45 848 €	7 178	57 797 €	7 708	62 065 €	2 014	16 217 €	26,13%	530	4 268 €	6,88%
TGP	26 715	45 629 €	29 179	49 838 €	31 302	53 464 €	4 587	7 835 €	14,65%	2 123	3 626 €	6,78%
TGO	26 671	45 554 €	29 147	49 783 €	31 285	53 435 €	4 614	7 881 €	14,75%	2 138	3 652 €	6,83%
HIV Ac + Agp24	3 485	44 218 €	3 840	48 722 €	4 196	53 239 €	711	9 021 €	16,94%	356	4 517 €	8,48%
AG HBS	3 150	39 967 €	3 604	45 728 €	4 165	52 846 €	1 015	12 879 €	24,37%	561	7 118 €	13,47%
Sérologie hépatite B	3 385	45 427 €	3 705	49 721 €	3 905	52 405 €	520	6 978 €	13,32%	200	2 684 €	5,12%
Ac anti HCV	3 034	40 716 €	3 372	45 252 €	3 738	50 164 €	704	9 448 €	18,83%	366	4 912 €	9,79%
Electrophorèse	3 513	45 430 €	3 511	45 404 €	3 777	48 844 €	264	3 414 €	6,99%	266	3 440 €	7,04%
Gamma GT	23 482	40 107 €	25 889	44 218 €	28 056	47 920 €	4 574	7 813 €	16,30%	2 167	3 701 €	7,72%
Vitamine D	3 796	38 901 €	5 788	59 315 €	4 498	46 096 €	702	7 195 €	15,61%	-1 290	-13 220 €	-28,68%
Phosphatase alcaline	21 882	37 374 €	23 721	40 515 €	25 878	44 200 €	3 996	6 826 €	15,44%	2 157	3 684 €	8,34%
Bilirubine totale	11 332	27 650 €	12 982	31 676 €	14 905	36 368 €	3 573	8 718 €	23,97%	1 923	4 692 €	12,90%
Lipase	13 679	30 039 €	14 713	32 310 €	16 117	35 393 €	2 438	5 354 €	15,13%	1 404	3 083 €	8,71%
HDL Cholestérol sér.	1 122	8 213 €	4 919	36 007 €	4 611	33 753 €	3 489	25 540 €	75,67%	-308	-2 255 €	-6,68%
HDL+LDLc+Chol.+Triglycéride	3 253	28 812 €	4 189	30 663 €	3 858	28 241 €	605	-571 €	-2,02%	-331	-2 423 €	-8,58%
Acide urique	11 335	19 360 €	16 571	28 303 €	13 889	23 722 €	2 554	4 362 €	18,39%	-2 682	-4 581 €	-19,31%
Magnésium	17 101	29 209 €	13 444	22 962 €	12 853	21 953 €	-4 248	-7 256 €	-33,05%	-591	-1 009 €	-4,60%
Lactates	9 570	16 346 €	11 364	19 410 €	11 194	19 119 €	1 624	2 773 €	14,51%	-170	-290 €	-1,52%
Transferrine	4 113	14 050 €	5 349	18 272 €	5 275	18 019 €	1 162	3 969 €	22,03%	-74	-253 €	-1,40%
Cap. Fixation fer	4 094	13 985 €	5 347	18 265 €	5 249	17 931 €	1 155	3 946 €	22,00%	-98	-335 €	-1,87%

ANNEXE 5 – Tableau comparatif des outils de la juste prescription dans les EPS

Etablissement	Dispositifs de juste prescription	Indicateurs de suivi	Intéressement ?	Prescription connectée ?
CHU Angers	Séniorisation des prescriptions	- Nb de B/service - Nb B/praticien - Débat sur leur périmètre de diffusion	NON	En cours de déploiement
Hôpital Cochin (AP-HP)	- Sensibilisation des prescripteurs via rencontres trimestrielles LBM/Pôle ; - Alertes de redondance sur le logiciel du LBM informant le prescripteur et le biologiste ; - Livret des coûts des principaux examens de biologie aux internes ; - Comité local de la juste prescription s'assurant de la diffusion des référentiels de bonnes pratiques ;	- Tableau de bord de suivi : B/séjour, BHN/séjour, BBHN/séjour,	NON	En projet
CH Lagny Marne la Vallée	- Evaluation des pratiques professionnelles (parallèlement à la Certification HAS) ; - Dialogue clinico-biologiste ; - Calcul de score clinique ;	Non renseigné	NON	NON
CH Mulhouse	- Sensibilisation institutionnelle sur la maîtrise des dépenses de biologie ; - Rencontres cliniciens/biologistes ; - Présentation des bonnes pratiques en CME et aux infirmiers	- Nombre de prescriptions sur des actes ciblés	NON	NON
CH J. Lacarin Vichy	- Commission des examens de biologie médicale ; - Rencontres cliniciens/biologistes sur : *des sujets thématiques : ex. le SAU ; *des sujets globaux : composition des différents bilans et les motifs de leur prescription - Contrat de collaboration	- Suivi mensuel : nb de B ; nb d'actes ; B/séjour en HC et de semaine ; - Comparaison à l'Etude Nationale des Coûts (identification de « l'excès théorique » du nombre de prescriptions) ; - Volume des dépenses de réactifs et consommables ;	NON	OUI, depuis 2004
CH du Puy-en-Velay	- Communication et sensibilisation en Directoire, CME, et aux chefs de pôle ; - Logiciel du LBM prévient les doublons ; - Contrats de pôle comprennent une clause sur la réduction des B internes et l'augmentation des B externes ;	- Nb de B internes et externes par pôle	NON	NON
CHR Orléans	- Gestion automatique des redondances par le logiciel suite à l'élaboration de règles d'expertise rédigées par les praticiens ; - Diffusion 3x/an d'un message de sensibilisation des chefs de pôles aux médecins du CHR - Liste de garde validée en CME	- Suivi des volumes de B et BHN en bureaux de pôles ; - Ration en B, BHN/séjour pour chaque service ; - Suivi distinct de l'activité interne / externe ;	NON	En cours de déploiement Service pilote : sept. 2014

ANNEXE 6 – Exemple de tableau de bord de suivi de l'activité de biologie médicale

Ration BBHN/Séjour au global établissement

Pôle demandeur	Nb B/séjour			Nb BHN/séjour			Nb BBHN/séjour		
	2010	2011	Evolution	2010	2011	Evolution	2010	2011	Evolution
1	721	607	-15,8%	358	388	8,6%	1 079	996	-7,7%
2	424	198	-53,3%	325	225	-30,9%	749	423	-43,6%
3	1 237	1 227	-0,8%	476	434	-8,8%	1 713	1 662	-3,0%
4									
5									
6	1 140	854	-25,1%	1 268	1 021	-19,5%	2 407	1 875	-22,1%
7	990	846	-14,6%	474	475	0,2%	1 465	1 321	-9,8%
8	596	506	-15,0%	363	278	-23,6%	959	784	-18,2%
9									
UA NR									
Total NEM	842	703	-16,5%	536	474	-11,6%	1 377	1 177	-14,6%

Moyenne Necker : 1 177 B/BHN par séjour (-14,6%)

- 703 B/séjour (-16,5%)
- 474 BHN/séjour (-11,6%)

Ration BBHN/séjour par pôle et par service

Libellé CR demandeur	Nb B/séjour			Nb BHN/séjour			Nb BBHN/séjour		
	2 010	2 011	Evolution	2 010	2 011	Evolution	2 010	2 011	Evolution
.....	252	124	-51%	217	155	-29%	468	278	-41%
UF xxxx.....	1 146	786	-31%	310	544	75%	1 457	1 331	-9%
UF xxxx.....	90	0	-100%	0	75		90	75	-17%
UF xxxx.....	745	638	-14%	86	114	33%	831	752	-9%
.....	1 923	2 019	5%	184	228	24%	2 106	2 247	7%
.....	1 120	917	-18%	253	349	38%	1 372	1 266	-8%
.....	740	741	0%	624	619	-1%	1 364	1 360	0%
.....	468	333	-29%	500	517	3%	968	850	-12%
.....	548	454	-17%	422	366	-13%	970	820	-15%
Total Pôle 1	721	607	-16%	358	388	9%	1 079	996	-8%

Moyenne Necker :

1 177 B/BHN par séjour

- 703 B/séjour
- 474 BHN/séjour

Moyenne du pôle:

996 B/BHN par séjour

- 607 B/séjour (-16%)
- 388 BHN/séjour (+9%)

Top 20 des actes les plus prescrits par le service

Unité Fonctionnelle n° xxxx "....."

Top Ten des Analyses	Service labo	2010	
		En actes	En B/BHN
CREATININE URINE	Biochimie A	110	880
PROTEINES URINE	Biochimie A	93	372
UREE	Biochimie A	81	654
CREATININE	Biochimie A	80	646
GLUCOSE	Biochimie A	65	325
CALCIUM	Biochimie A	56	452
TSH	Exploration fonctionnelles	55	2 523
BICARBONATES	Biochimie A	55	444
SODIUM	Biochimie A	55	1 100
PROTEINES	Biochimie A	55	444
T4L	Exploration fonctionnelles	53	2 680
Hb	Hématologie	47	1 603
HBA 1 C	Biochimie A	44	2 200
CHOLESTEROL	Biochimie A	43	215
TRIGLYCERIDES	Biochimie A	43	348
SEROTHEQUE	Immunologie	37	510
SEROTHEQUE RLA NECK	Immunologie	35	480
FRUCTOSAMINE	Biochimie A	32	970
VS	Hématologie	30	213
Transglut. RLA-IgA	Immunologie	29	9 200
Total		1 098	26 259

Part du Top 20 dans le nombre total d'actes demandés par le service

62%

Top Ten des Analyses	Service labo	2011	
		En actes	En B/BHN
CALCIUM	Biochimie A	307	2 246
GLUCOSE	Biochimie A	268	1 340
CREATININE URINE	Biochimie A	267	1 933
UREE	Biochimie A	249	1 812
CREATININE	Biochimie A	242	1 762
SODIUM	Biochimie A	224	3 690
BICARBONATES	Biochimie A	221	1 612
PROTEINES	Biochimie A	218	1 592
UREE URINE	Biochimie A	138	1 380
SODIUM URINE	Biochimie A	126	918
POTASSIUM URINE	Biochimie A	126	990
PROTEINES URINE	Biochimie A	119	476
GLUCOSE URINE	Biochimie A	108	432
Hb	Hématologie	74	2 414
HBA 1 C	Biochimie A	74	3 120
PHOSPHATE	Biochimie A	72	730
CHOLESTEROL	Biochimie A	57	285
TRIGLYCERIDES	Biochimie A	57	410
DNAtèque	Immunologie	54	10 395
IGF I	Exploration fonctionnelles	53	4 770
Total		3 054	42 307

Part du Top 20 dans le nombre total d'actes demandés par le service

63%

Source : Pôle de Biologie et Produits de Santé de l'hôpital Necker-Enfants Malade (AP-HP)

ANNEXE 7 – Suivi du nombre d'actes et B par service d'hospitalisation complète (2013)

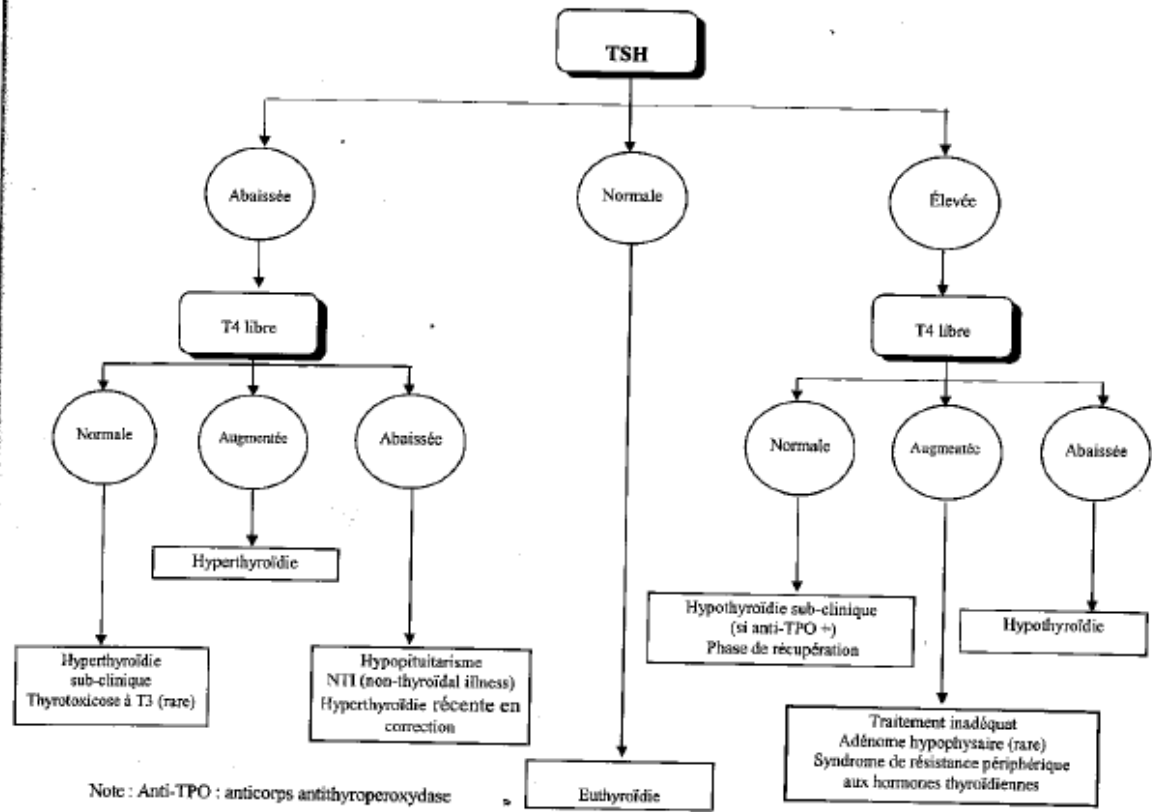
Méthode : ne prend en compte que les UF d'hospitalisation complète, en nombre de prescriptions, de lits, et de séjours RUM tels qu'ils apparaissent aux chiffres clés de l'année

Service	Nb actes	Nb lits	Séjours (RUM)	DMS	Actes/lit	Actes/séjour	Actes/jour	Nb B	B/lit	B/séjour	B/jour	Valorisation
Urg-Réa												
UHCD (UF 4612)	33 206	14	5584	1,06	2 372	6	6	691 884	49 420	124	117	168 820 €
Réanimation (4511)	91 174	12	448	9,15	7 598	204	22	1 969 165	164 097	4 395	480	480 476 €
Surveill continue (4513)	35 239	8	567	4,72	4 405	62	13	673 899	84 237	1 189	252	164 431 €
Chirurgie ambu (3712)	758	14	3518	0	54	0,22	0	24 079	1 720	7	0	5 875 €
Ortho - traumat (4211)	23 387	28	1429	6,92	835	16	2	484 669	17 310	339	49	118 259 €
Ophthalmologie (3511)	755	3	215	2,62	252	4	1	16 927	5 642	79	30	4 130 €
Neurochirurgie (3911)	3 539	10	387	8,71	354	9	1	82 208	23	212	24	20 059 €
ORL (4312)	9 576	15	1189	3,61	638	8	2	191 283	12 752	161	45	46 673 €
Urologie (4011)	13 510	13	1181	3,9	1 039	11	3	249 791	19 215	212	54	60 949 €
Chirurgie viscérale (4111)	27 112	33	1660	6,5	822	16	3	494 047	14 971	298	46	120 547 €
Hospit. de semaine (3811)	2 695	18	1340	1,41	150	2	1	65 527	3 640	49	35	15 989 €
Chir. Gynécologique (4421)	4 061	12	777	3,68	338	5	1	81 326	6 777	105	28	19 844 €
Gynéco-Ob. (4412+4414)	19 420	43	5696	2,27	452	3	2	389 135	9 050	68	30	94 949 €
Pédiatrie (2971)	5 824	17	2453	4,09	343	2	1	153 471	9 028	63	15	37 447 €
Chir infantile (2972)	1 795	8	1570	2,1	224	1	1	50 485	6 311	32	15	12 318 €
Néonatalogie (2973 + 2977)	7 249	18	851	7,21	403	9	1	78 924	4 385	93	13	19 257 €
Gastro-entérologie (2511)	28 901	24	3526	6,48	1 204	8	1	515 153	21 465	146	23	125 697 €
Hémato-oncologie (2411)	37 280	30	8398	7,98	1 243	4	1	768 286	25 610	91	11	187 462 €
Pneumo-infectio (2611)	30 992	25	1321	8,2	1 240	23	3	661 106	26 444	500	61	161 310 €
US2A MCO (4913)	5 573	6	204	12,28	929	27	2	127 106	21 184	623	51	31 014 €
Soins palliatifs (8013)	2 263	10	306	10,36	226	7	1	40 927	4 093	134	13	9 986 €
DM(2711+2713)	78 151	50	3275	6,81	1 563	24	4	1 661 588	33 232	507	75	405 427 €
Médecine poly. (3611)	27 982	22	775	10,3	1 272	36	4	592 700	26 941	765	74	144 619 €
Cardio. (2011+2013+2015)	41 775	35	2824	3,62	1 194	15	4	827 646	23 647	293	81	201 946 €
SI Cardiologie (2012)	34 647	12	1046	3,62	2 887	33	9	753 439	62 787	720	199	183 839 €
Neurologie-UNV (2311+2314)	22 407	31	2950	5,79	723	8	1	496 681	16 022	168	29	121 190 €
Geriatr. C.S. Gériatrique (6014)	31 211	24	1048	11,02	1 300	30	3	648 378	27 016	619	56	158 204 €

	Nb d'actes	Passages	Acte/Passage	Nb de B	B/Passage	Valorisation
Urgences adultes	232 914	49 805	5	4 700 818	94	1 147 000 €
Urgences enfants	22 798	15 200	1	449 096	30	109 579 €

ANNEXE 8 – Exemple de fiche de bon usage : le cas du bilan thyroïdien

GUIDE D'UTILISATION DES ANALYSES DE LABORATOIRE	
BILAN THYROÏDIEN (Voir note)	
NON INDIQUÉ	
<ul style="list-style-type: none">• Chez une personne asymptomatique, lors de tout examen médical, incluant l'examen médical périodique.• De demander une T3 totale ou libre si la valeur de la TSH n'est pas connue.	
INDIQUÉ POUR DIAGNOSTIC	
<ul style="list-style-type: none">• Si suspicion clinique d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie.• Si goitre diffus ou nodulaire.• Chez une personne avec symptômes non spécifiques et faisant partie d'un des groupes suivants :<ul style="list-style-type: none">▪ femmes péri- et ménopausées ou en post-partum▪ infertilité inexplicée▪ asthénie inexplicée▪ population gériatrique malade▪ histoire familiale de maladies thyroïdiennes ou auto-immunes▪ personne traitée au lithium ou à l'amiodarone (Cordarone®)▪ personne en post-radiothérapie cervicale. <p>Cependant, il n'est pas indiqué de répéter les analyses, même annuellement, si l'état clinique de la personne faisant partie d'un de ces groupes reste stable et que le premier bilan a indiqué un état euthyroïdien.</p>	
FRÉQUENCE	
<ul style="list-style-type: none">• Jamais à moins d'un (1) mois d'intervalle.• Entre 1 et 3 mois durant la période d'ajustement selon le traitement.• Aux 12 mois durant la période de surveillance clinique.	
ALGORITHME DU LABORATOIRE	
• Analyse de base :	TSH
• Analyse automatique :	T4 libre <u>si</u> le niveau de TSH est limite ou anormal.
• Sur prescription seulement :	T3 totale ou libre <u>si</u> TSH abaissée et T4 libre normale
• Sur prescription seulement :	Anticorps anti-TPO (anticorps anti-microsomaux). Non indiqué de demander anticorps anti-thyroglobuline (peu utile cliniquement).
<small><i>Note : Ce guide concerne les conditions cliniques habituelles et ne s'applique pas à certaines conditions particulières telles que : troubles hypothalamo-hypophysaires, maladies sévères non thyroïdiennes, syndrome de résistance à la T4 ou à la T3.</i></small>	



Note : Anti-TPO : anticorps antithyroperoxydase

Note : Ce guide concerne les conditions cliniques habituelles et ne s'applique pas à certaines conditions particulières telles que : troubles hypothalamo-hypophysaires, maladies sévères non thyroïdiennes, syndrome de résistance à la T4 ou à la T3

ANNEXE 9 – Liste des personnes rencontrées

Entretien N°1

Dr Jacques BRONNER, Biologiste, praticien hospitalier, Coordonnateur médical chef de service du laboratoire de biologie médicale, CH de Valence

Entretien liminaire d'introduction du mémoire - **20/05/2014**, à Valence (26)

Entretien N°2

Dr Jacques SARTRE, Biologiste, praticien hospitalier, Responsable de l'UF de Bactériologie du laboratoire de biologie médicale, CH de Valence

Entretien semi-directif - **20/05/2014**, à Valence (26)

Entretien N°3

M. Pascal ROUSSET, Cadre de santé au laboratoire de biologie médicale, CH de Valence

Entretien semi-directif - **21/05/2014**, à Valence (26)

Entretien N°4

Dr Françoise COURTIER, Biologiste, praticien hospitalier, Référent qualité du laboratoire de biologie médicale, CH de Valence

Entretien semi-directif - **04/06/2014**, à Valence (26)

Entretien n°5

Dr Perrine MUNIER, Biologiste, praticien assistant, Référent médical du déploiement de la prescription connectée

Entretien semi-directif - **25/06/2014**, à Valence (26)

Entretien n°6

Mme Sindie MORENO, Référent DSI sur le Dossier Patient, Pilote de l'équipe projet du déploiement de la prescription connectée,

Entretien semi-directif - **02/07/2014**, à Valence (26)

Entretien n°7

Dr Thierry LE BRICON, Biologiste, praticien hospitalier, Responsable de l'unité de biochimie, Référent informatique au laboratoire de biologie médicale, CH de Valence

Entretien semi-directif - **16/07/2014**, à Valence (26)

Entretien n°8

Mme Agnès BRUNO, Technicienne qualité au laboratoire de biologie, CH de Valence

Temps de formation au logiciel Synergie et entretien informel – **17/07/2014**, à Valence (26)

ANNEXE 10 – Grilles de questions des entretiens

1. Thèmes alimentant les différents entretiens réalisés :

Identification :

- Quelle est votre fonction ?
- Quelle est votre spécialité et votre unité de rattachement ?
- En quoi consiste votre fonction de référent qualité/référent informatique/... ?

Sur l'organisation de la biologie médicale :

- Pouvez-vous m'expliquer la différence entre la biochimie, la biologie, et la cytologie ?
- Quelle est l'organisation du laboratoire de biologie médicale du CHV ?
- Quelles sont les procédures organisant la biologie médicale au CHV ?
- Quel est le circuit d'acheminement des prélèvements des services vers le laboratoire ?
- Identifiez-vous des dysfonctionnements ou des limites ? Lesquels ?
- Quels sont les délais moyens de rendu des résultats aux services prescripteurs ?
- Quel est le volume de l'urgence ?
- Avec quels logiciels le LBM travaille-t-il ? Quelles données permettent-ils d'extraire ?
- On dispose du nombre d'actes et de B, mais peut-on connaître le nombre de patients « traités » chaque année par le LBM ?
- L'ordonnance de 2010 a donné un rôle accru aux biologistes sur le choix des actes à réaliser. Comment cela s'est-il concrètement manifesté dans votre exercice quotidien ?
- En quoi a consisté l'accréditation COFRAC ? Sur quelles activités le LBM est-il accrédité ?

Sur les aspects financiers de la biologie :

- Quel est le coût du B au CHV ?
- Qu'est-ce qui compose le coût ?
- Quelles sont les modalités de facturation du B en interne et en externe ?
- Quelles sont les modalités d'affectation des charges de biologie aux pôles dans les CREO ?

Sur la pertinence des actes de biologie :

- Selon vous, qu'est-ce que la « pertinence des actes » ? Quelle en est votre définition ?
- Quelle expression vous semble être la plus intéressante au regard du sujet : « pertinence des actes » ou « juste prescription » ?
- Savez-vous si la communauté médicale du CHV est déjà sensibilisée à la question ?
- Y a-t-il un guide des bonnes pratiques ou un manuel de bon usage diffusé au CHV ?
- Quel laboratoire est le plus concerné par la question de la pertinence des actes ?

- Au regard de votre expérience, par intuition (qu'il conviendra d'objectiver par la suite), quels sont les actes les plus souvent prescrits sans qu'ils soient toujours fondés ?
- Quels sont les services les plus prescripteurs ?
- Comment analysez-vous les prescriptions peu pertinentes ? Quelles en sont les causes ?
- Comment analyser la pertinence des actes de biologie ?
- Quelle méthode pour mener une étude de pertinence ?
- Des dysfonctionnements dans l'établissement peuvent-ils être à l'origine de prescriptions non pertinentes ? Lesquels ?
- Les biologistes ont-ils été inclus aux travaux sur les parcours patients/patients traceurs actuellement menés dans l'établissement pour recueillir les pratiques de prescription et affiner la place de la biologie dans les parcours ?

Sur les outils de la juste prescription :

- L'accréditation s'intéresse-t-elle à la juste prescription ? Peut-elle être un levier dans l'avenir pour faire progresser la juste prescription au CHV ?
- Le logiciel du LBM peut-il jouer un rôle dans l'analyse de la pertinence des actes ? Lequel ?
- Quels sont les leviers et pistes d'analyse intéressantes pour favoriser la juste prescription ?
- Y a-t-il application au quotidien des bonnes pratiques et fiches de bon usage de la HAS ?
- Estimez-vous l'intervention de la HAS suffisante ?
- Quels sont les actes qui gagneraient à faire l'objet d'une fiche de bon usage ?
- Quels pourraient être les indicateurs de suivi de la juste prescription ?
- Avez-vous des temps formalisés d'échange avec les services cliniques ? Selon quelle fréquence ? Sur quels sujets ? Quelle réceptivité les services ont-ils des messages ? La question de la pertinence des actes y a-t-elle déjà été mentionnée ? Si oui, sous quelle forme ? Si non, pour quelle raison ?
- Existe-t-il des contrats avec les services prescripteurs ? Depuis combien de temps ? Quelle est leur durée d'exécution ? Comment sont-ils élaborés ? Sur la base de quels indicateurs ou objectifs sont-ils élaborés ? Quel est le contenu ?
- Existe-t-il des tableaux de bord propres à chaque pôle ou service sur lesquels fonder une relation contractuelle laboratoire/service clinique ? Si oui, de quels indicateurs s'agit-il ? Sont-ils pertinents ? Sont-ils suffisants ? Si non, pour quelle raison ?
- Existe-t-il un pouvoir de substitution du biologiste dans le cas de prescriptions redondantes ou inappropriées au regard d'une recommandation de bon usage ? Si oui, cette substitution doit-elle avoir lieu dans le cadre des fiches HAS ou peut-elle relever de votre libre-arbitre ?
- Avez-vous entendu parler des expériences de l'AP-HP ou du CH d'Annecy qui ont mis en place des comités de la juste prescription ? Quel est votre avis sur ce levier d'action ?
- Comment traiter la problématique particulière des urgences ?
- Comment mesurer l'impact d'une diminution d'un volume donné d'actes, non pertinents, sur la qualité de la prise en charge ; sur les coûts pour l'établissement ?

Sur la prescription connectée :

- Parlez-moi de la prescription connectée ?
- Que signifie-t-elle concrètement ? Comment se présentera-t-elle en termes opérationnels ?
- Suppose-t-elle un nouveau logiciel ou est-ce une fonctionnalité d'un logiciel existant ?
- Que permettra-t-elle ? Quels seront ses pare-feu ?
- Sera-t-il permis de : lier une prescription de laboratoire à des référentiels ? D'orienter la prescription par une série de questions ? De proposer une substitution d'examens en fonction des critères remplis ? D'avoir un système d'alerte signalant les redondances ?
- Dans quelle mesure changera-t-elle les usages ?
- Aura-t-elle un impact sur le circuit d'acheminement des prélèvements ? Des résultats ? Sur le délai de rendu des résultats ? Sur les non conformités ?
- Quelle est la date de démarrage du déploiement et le calendrier prévu ?
- Quels seront les services pilotes ?
- Quelle est la méthodologie retenue pour assurer le paramétrage ? A quelle échelle ? Avec quel groupe de travail ? Selon quel calendrier ?
- Quelles questions dirigeront les entretiens de paramétrage avec les services ?
- Est-il possible d'adosser au paramétrage de la prescription connectée un exercice d'élaboration de fiches de bon usage en interne ?
- A quelle étape du paramétrage êtes-vous ?
- Comment la nouveauté est-elle reçue dans les services et par vos confrères prescripteurs ?
- Quelles sont les modalités d'accompagnement et d'assistance au déploiement ?
- Pour quels services le paramétrage sera-t-il le plus difficile ? Pour quel service la prise en main est-elle à envisager avec le plus d'accompagnement ?
- Quels sont, selon vous, les points de vigilance du déploiement de la prescription connectée ?
- Avez-vous fixé des indicateurs de suivi du déploiement ? Lesquels sont-ils ?
- Quel impact en attend-t-on en termes de qualité des prises en charge ? En termes de diminution du nombre de B ? En termes de dépenses de réactifs et de consommables ?
- Connaissez-vous les expériences de déploiement dans d'autres établissements ? Lesquels ?

2. Grille de questions posées aux établissements extérieurs :

- Avez-vous mis en place des dispositifs pour rationaliser la prescription de biologie médicale dans votre établissement et favoriser la juste prescription ? Si oui, lesquels ?
- Quels sont les outils de suivi de la prescription de biologie dans votre établissement ?
- Existe-t-il un mode d'intéressement pour les pôles sur la base de leur consommation de biologie ?
- Votre établissement a-t-il déployé la prescription connectée en biologie médicale ? Si oui, l'impact a-t-il été mesuré ? Avec quels indicateurs ?

3. Grille de questions posées aux CH de Vichy et d'Annecy sur leurs dispositifs :

Sur la démarche performance du CH de Vichy :

- Quels sont les indicateurs de mesure et de suivi de la biologie médicale au CHJL ?
- Quand avez-vous déployé la prescription connectée ? Quels apprentissages tirez-vous de ce déploiement ? Quelles limites avez-vous rencontrées ? Quels sont les résultats constatés tant qualitatifs que quantitatifs ?
- Quels ont été les outils et leviers de l'institutionnalisation de la démarche ?
- Quel accueil a été fait de la question par la communauté médicale ?
- Utilisez-vous un système de contractualisation interne entre le laboratoire et les services cliniques ? Si oui, sur quels critères reposent-elle ? Est-il la base d'une politique d'intéressement ?
- En quoi a consisté le travail spécifique mené avec les urgences ? Comment avez-vous réussi à obtenir une baisse du volume de prescriptions des urgences ?
- Quels autres outils avez-vous mis en œuvre pour favoriser la juste prescription ?
- Comment mesurez-vous l'impact de votre démarche globale de juste prescription ? Selon quelle méthode ?
- Quelle a été la place de la direction dans cette démarche ? Quels ont été les acteurs médicaux et administratifs du pilotage ?

Sur le comité de la juste prescription au CH d'Annecy :

- Quelle est la composition du groupe des examens de laboratoire ? Un Directeur y siège-t-il ? Quelle est la fréquence des réunions ? Sa légitimité dans l'établissement est-elle bien établie ?
- Quel est le rôle de l'administration dans cette démarche ? La trouvez-vous aidante ? Est-elle suffisante ou pourrait-elle l'être plus ? Qu'en attendez-vous ?
- Quelle est l'activité de ce comité ? Quels projets porte-t-il ? Comment ces projets sont-ils diffusés à l'ensemble de l'établissement et appropriés par tous ? Comment sont-ils reçus ?
- Quelles sont les forces et les faiblesses de ce comité ? Auriez-vous des conseils de mise en place ou au contraire des points d'alerte concernant les écueils à éviter ?
- Réalisez-vous des fiches de bon usage en interne ? Si oui, selon quelle méthodologie ?
- Avez-vous mis en place d'autres outils pour favoriser la juste prescription ? Si oui, lesquels ?
- Quels sont les outils de mesure et de suivi de la consommation de biologie médicale ?
- Comment mesurez-vous les résultats obtenus suite à la mise en place de cette démarche ?

DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2013-2015

**La pertinence des actes de biologie
au CH de Valence :
quels outils pour favoriser la juste prescription ?****Résumé :**

La biologie médicale hospitalière occupe une place prépondérante dans les prises en charge et dans les organisations médico-soignantes. Elle est à l'origine de 80% des diagnostics à l'hôpital, et est un outil indispensable au choix et au suivi des thérapeutiques. Parallèlement, de nombreux défis sont demandés aux laboratoires : offrir une réponse biologique adaptée, fiable et rapide aux besoins cliniques, mettre en œuvre les progrès technologiques, maîtriser les coûts en tendant à la performance et à la productivité des organisations...

C'est ce contexte, exigeant et contraint, qui impose aujourd'hui de s'interroger sur la pertinence des pratiques de prescription d'examens de biologie. En effet, on constate, au niveau national comme au niveau des établissements de santé, une augmentation continue de la biologie en volume et en valeur. En creux, il s'agit de s'interroger sur l'existence, les causes et les conséquences des « microdérives » du quotidien qui rognent sur la pertinence des examens. Cette évolution n'est pas sans impact. Elle peut peser sur la qualité des prises en charge, la saturation des plateaux techniques, la durée de séjour, et sur les finances de l'établissement.

Face à ces enjeux, il convient d'analyser les pratiques de prescription et de se doter des outils nécessaires à la maîtrise, juste et pertinente, des examens de biologie. Pour cela, un premier état des lieux de la consommation de biologie a été dressé au CH de Valence, lequel fera ici figure de terrain d'observation et d'illustration d'une démarche de juste prescription. A l'aune de ces constats, des pistes d'action seront avancées.

L'objectif de ce travail consiste ainsi à proposer un certain nombre d'outils dont peuvent se saisir les établissements pour initier une politique stratégique institutionnelle de juste prescription. Deux familles de solutions seront proposées : des outils de suivi et d'échange favorisant une appropriation institutionnelle de la problématique et une acculturation des acteurs à la juste prescription ; et des outils opérationnels favorisant la qualité et la pertinence des prescriptions au quotidien.

Mots clés :

juste prescription ; pertinence des actes ; stratégie de prescription ; biologie hospitalière ; biologie médicale ; laboratoire ; qualité ; efficience ; prescription connectée ; pilotage par tableaux de bord ; audit de pertinence ; réflexion institutionnelle ; hôpital ; établissement public de santé ; directeur d'hôpital ;

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.