



**EHESP**

---

**Filière Elève Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2017 – 2019**

Date du Jury : **Octobre 2018**

---

**La juste prescription d'examens  
immuno-hématologiques, levier de  
qualité, de sécurité et d'efficience aux  
Hôpitaux Universitaires Pitié  
Salpêtrière – Charles Foix.**

---

**Laurent BLART**

---

# Remerciements

---

Je tiens d'abord à remercier **M. Serge MOREL**, Directeur des Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix pour m'avoir fait confiance sur ce dossier.

Mes remerciements vont également à **M. Éric ROUSSEL**, mon maître de stage, pour m'avoir laissé l'autonomie et le temps indispensables à la rédaction de ce mémoire.

Je suis reconnaissant à **M. Jérôme HUBIN**, pour m'avoir introduit, le premier, sur la problématique des dépenses de l'EFS.

Je veux exprimer toute ma gratitude au **Docteur Mélanie HOUOT** pour ses conseils et explications précieuses sur la thématique des examens immuno-hématologiques, ainsi que pour sa correction rigoureuse, vigilante et attentive, sans lesquelles ce mémoire n'aurait pu s'écrire.

Je remercie aussi **Mme Sylvie SAUVAGE**, Directrice des Soins, pour avoir accepté d'être la référente de ce mémoire ainsi que pour sa relecture et ses conseils.

Ma gratitude va également aux autres membres du groupe de travail, les **Professeurs Vincent DEGOS** et **Mathieu RAUX**, pour leurs échanges et leurs réflexions toujours très éclairantes.

Mes remerciements vont également au **Docteur Anne FRANCOIS** de l'EFS Île-de-France, pour notre entretien passionnant, indispensable à la prise de recul et la vue d'ensemble d'un tel sujet.

Je suis gré au Professeur des Universités **M. Jacques ORVAIN**, pour l'échange constructif que nous avons eu à Rennes au sujet de ce mémoire et de son organisation.

Je veux en outre rendre grâce à **Mme Amélie ANDRE**, contrôleuse de gestion, pour ses astuces et son soutien durant ces longues heures de tableurs Excel.

Enfin à **Lisa**, à qui ce mémoire, pour ses relectures mais surtout son soutien constant, doit tant.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	1
<b>1. La juste prescription d’EIH constitue un levier d’optimisation majeur du système de santé de par ses enjeux, le constat général de surprescription et les opportunités de l’immuno-hématologie</b> .....	7
1.1    Objet de consensus au sein des pays développés, la juste prescription d’EIH constitue un levier à enjeux pour notre système de santé. ....	7
1.1.1    Le mouvement Choose wisely traduit un consensus au sein des principaux systèmes de santé autour de la nécessité de la juste prescription, notamment en matière d’EIH.....	7
1.1.2    Appliquée aux EIH, la juste prescription se révèle être un levier touchant aux enjeux éthiques, de qualité, de sécurité et d’efficience de notre système de santé. ...	8
1.2    La juste prescription répond à une surdemande généralisée d’EIH du fait de comportements inadéquats ainsi que d’organisations médicales, soignantes et informatiques inadaptées. ....	10
1.2.1    La littérature fait le constat d’une surdemande généralisée d’examens immuno-hématologiques, en France comme dans les autres pays développés.....	11
1.2.2    Les causes de surprescription identifiées par la littérature sont multiples : absence de politique de prescription, biais comportementaux, organisations et circuits d’information inadaptés.....	12
1.3    Activité transfusionnelle strictement encadrée, l’IH représente aujourd’hui une opportunité réglementaire, financière et institutionnelle en matière d’amélioration de la pertinence des examens. ....	15
1.3.1    La réalisation d’EIH : une activité pré-transfusionnelle encadrée faisant intervenir une pluralité d’acteurs autour d’une structure-clé : l’EFS.....	15
1.3.2    L’immuno-hématologie (IH) : un domaine d’opportunités réglementaire, financière et stratégique pour les établissements de santé afin de réduire la redondance de leurs examens.....	19
<b>2. L’enquête au sein des HU Pitié Salpêtrière – Charles Foix confirme le constat d’un phénomène hospitalier de surprescription d’EIH et met en évidence sa dimension systémique</b> .....	23

2.1	Les HU Pitié Salpêtrière – Charles Foix : un groupe hospitalier francilien à forte activité transfusionnelle, financièrement contraint et confronté à un circuit d'EIH complexe.....	23
2.2	La méthodologie d'enquête : une approche médico-économique couplée à une approche qualitative de terrain afin d'identifier, de quantifier, d'analyser et de corriger la surprescription d'EIH. ....	25
2.3	La détermination d'une surprescription significative d'EIH et son analyse sur l'établissement confirment les constats de la littérature en insistant sur la dimension systémique de ce phénomène.....	28
2.3.1	La détermination d'une demande excessive d'EIH confirme le constat d'une surprescription significative posé par la littérature et étaye l'idée d'un caractère systémique sur le GH.....	28
2.3.2	L'analyse des facteurs de surprescription sur le GH conforte les raisons avancées par la littérature en insistant sur leur dimension systémique, à la fois organisationnelle et culturelle.....	29
<b>3.</b>	<b>De la surprescription à la « juste prescription » d'EIH : le choix non-exhaustif du groupe Pitié Salpêtrière - Charles Foix de se doter d'outils organisationnels et d'une stratégie d'acculturation. ....</b>	<b>33</b>
3.1	L'élaboration d'un plan d'actions correctives à court, moyen et long terme : un choix institutionnel visant à l'optimisation des organisations soignantes, médicales et informatiques du GH. ....	33
3.1.1	A court terme, il s'agit d'optimiser les comportements, procédures et organisations afin de réduire la demande d'examen redondants, en particulier les groupages.....	33
3.1.2	A moyen terme, le plan d'actions préconise une modification de la stratégie et de l'encadrement de la prescription pour empêcher les examens prescrits de manière inappropriée ou redondante. ....	35
3.1.3	Le plan d'actions suggère, à moyen ou long terme, de faire évoluer la prescription et le rendu des résultats d'EIH vers des systèmes digitalisés ainsi que connectés et interfacés avec l'EFS. ....	37
3.2	Afin d'être efficace, le plan d'actions doit s'inscrire dans une stratégie d'acculturation des pôles et services à la culture de la pertinence en matière d'EIH.....	39
3.2.1	L'acculturation suppose d'abord une sensibilisation et une information permanente sur la thématique transfusionnelle.....	39

3.2.2	L'acculturation passe ensuite par l'émergence d'une démarche de performance liée à l'évaluation qualitative ou quantitative des pratiques. ....	40
3.2.3	L'acculturation nécessite un pilotage pluridisciplinaire de projet afin d'inclure les cultures et contraintes des différents acteurs.....	41
3.2.4	L'acculturation est enfin facilitée par une relation de confiance avec l'EFS.	42
3.3	Au-delà des actions déjà engagées, une réflexion sur l'incitation et l'aide à la juste prescription d'EIH peut, à l'avenir, encore être envisagée sur le GH. ....	42
3.3.1	L'intéressement collectif, un outil de gouvernance incitatif et fédérateur autour du projet de « juste prescription ». ....	42
3.3.2	La seniorisation de la prescription d'EIH aux urgences, une réflexion encore à développer.....	43
	<b>Conclusion</b> .....	<b>45</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>47</b>
	<b>Liste des annexes</b> .....	<b>51</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
**ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance  
**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé  
**AP-HP** : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris  
**AP-HP** : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille  
**CGR** : Concentré de Globules Rouges  
**CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire  
**CLCC** : Centre de Lutte Contre le Cancer  
**CME** : Commission Médicale d'Etablissement  
**COFRAC** : Comité Français d'Accréditation  
**CSTA** : Centre de Transfusion Sanguine des Armées  
**CSTH** : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance  
**CTE** : Comité Technique d'Etablissement  
**DPCT** : Dossier Patient Communicant Transfusionnel (à l'AP-HP)  
**EFS** : Etablissement Français du Sang  
**EIH** : Examen Immuno-Hématologique  
**ENC** : Etude Nationale des Coûts  
**ERA** : Echange des Résultats d'Analyse  
**GH** : Groupe Hospitalier  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HCL** : Hospices Civils de Lyon  
**HECP** : Hôpital Européen Georges Pompidou  
**HU** : Hôpitaux Universitaires  
**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales  
**IH** : Immuno-Hématologique  
**IPAQSS** : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins  
**IPOP** : Informatisation de Programme Opérateur  
**IPP** : Identifiant Permanent Patient (à l'AP-HP)  
**ISO** : Organisation Internationale de Normalisation  
**LBM** : Laboratoire de Biologie Médicale  
**NABM** : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale  
**OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique  
**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
**PSL** : Produits sanguins labiles  
**RAI** : Recherche d'Anticorps Irréguliers

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences

**SFAR** : Société Française d'Anesthésie-Réanimation

**SRLF** : Société de Réanimation de Langue Française

**T2A** : Tarification à l'Activité

**UNCAM** : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

## Introduction

Le 13 février 2018, le Premier Ministre a annoncé sa volonté d'inscrire « la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques » comme chantier numéro un de la future réforme du système de santé<sup>1</sup>. C'est dire l'importance prise, au fil des années, par la juste prescription dans les stratégies sanitaires.

La question de la juste prescription n'est pourtant pas nouvelle. Sans remonter jusqu'au code d'Hammourabi<sup>2</sup>, l'article R.4127-8 du Code de la santé publique exige ainsi du médecin depuis plusieurs décennies qu'il limite « ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins ». Néanmoins, la juste prescription est peu à peu devenue un point d'équilibre, autant médical que sociétal. Elle constitue en effet aujourd'hui l'un des vecteurs de la médecine « parcimonieuse », réconciliant la « médecine normative », fondée sur des preuves et des référentiels ; et la « médecine de l'individu », basée sur la prise en compte de ses particularités par le clinicien. Au niveau des systèmes de santé, elle fait l'objet d'une attention croissante, tant à l'international avec le mouvement *Choose wisely* depuis 2012 qu'en France, avec la Stratégie Nationale de Santé. Synonyme de pertinence, elle favorise ainsi d'une part la qualité et la sécurité des soins, « en soignant au mieux et en produisant les résultats vraisemblablement attendus pour un patient donné »<sup>3</sup>. D'autre part, elle contribue à la durabilité du système de santé, en assurant son efficience. La juste prescription permet ainsi de réduire « autant que possible l'écart entre l'efficacité et la quantité des ressources mises en jeu »<sup>4</sup> dans un contexte où celles-ci sont contraintes, à l'image des 225 millions d'euros d'économies ciblées sur des actions de pertinence des actes de biologie et d'imagerie en 2018<sup>5</sup>.

Servant de base à une « médecine sobre qui dans une approche humaniste soigne mieux au moindre coût<sup>6</sup> », la juste prescription s'inscrit donc au cœur des préoccupations actuelles des systèmes de santé par ses enjeux de qualité, de sécurité et d'efficience de la

---

<sup>1</sup> Source : <https://www.la Tribune.fr/economie/france/edouard-philippe-lance-le-grand-chantier-de-la-reforme-du-systeme-de-sante-768340.html>

<sup>2</sup> Ce code babylonien, datant de 1750 av. JC, menaçait en effet les médecins trop zélés de la perte d'une main ou d'un œil

<sup>3</sup> Cette définition se trouve sur le site de la HAS, [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1499665/fr/quelles-definitions-pour-la-pertinence-des-actes](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1499665/fr/quelles-definitions-pour-la-pertinence-des-actes)

<sup>4</sup> Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE), avis n° 101 « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », 2007, p.13

<sup>5</sup> PLFSS 2018, dossier de presse : source : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_plfss\\_28-09-17vdef.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plfss_28-09-17vdef.pdf)

<sup>6</sup> MORNEX René, Améliorer la pertinence des stratégies médicales, Rapport public de l'Académie de Médecine, 2013, p.2



prise charge des malades. En ce sens, l'hôpital ne peut ignorer cette thématique, surtout dans un contexte de surprescription avérée des actes, des examens et des traitements alors que les dépenses de santé doivent être maîtrisées. Et c'est en particulier le rôle du directeur d'hôpital que d'y contribuer. Transversal d'abord, un tel sujet nécessite en effet un pilotage en mode projet et d'y fédérer les différents acteurs impliqués : les médecins, qui prescrivent ; les paramédicaux, qui prélèvent, manipulent ou administrent les médicaments ; les cadres de santé, responsables des organisations de soin ; et les éventuels référents qualité et sécurité (radioprotection, hémovigilance...). Transversal encore, ce sujet nécessite de lier les différents aspects de la gestion hospitalière, qu'ils soient budgétaires ou facturiers, informatiques, managériaux ou de qualité. Toutefois, la marge de manœuvre du directeur, si elle est réelle, doit être nuancée. Compétence exclusivement médicale, la prescription échappe en effet par essence au directeur d'hôpital, tenu de respecter « l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art »<sup>7</sup> : le médecin demeure ainsi « libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance »<sup>8</sup>. Sur sa mise en œuvre, la rationalisation de la politique de prescription s'avère là aussi délicate. En premier lieu, rationaliser des pratiques au nom de la pertinence à l'échelle d'un établissement peut ainsi s'opposer à l'individualisation du parcours de soins que cette même pertinence suppose. En second lieu, la rationalisation implique la coordination et la standardisation des processus à l'hôpital, alors qu'aujourd'hui la standardisation passe plutôt par les « qualifications », et la coordination se heurte à la nécessité d'articuler « dans le temps et dans l'espace une pluralité d'acteurs et de nombreuses catégories professionnelles sur des trajectoires de patients d'une grande variabilité »<sup>9</sup>. Enfin, l'inertie hospitalière dans un contexte ressenti de manque de moyens peut se révéler être un frein à toute évolution. Tout l'enjeu d'une politique de juste prescription est donc de trouver l'équilibre permettant à celle-ci d'être un levier à la fois de qualité des soins et d'efficience hospitalière tout en respectant la nécessaire liberté de prescription médicale et les contraintes des organisations de soin.

Toutefois, à l'hôpital, la juste prescription n'en reste pas moins difficile à cerner. En s'appliquant à la prescription, soit toute recommandation thérapeutique médicale de visée individuelle, elle possède en effet un champ très vaste, touchant à la fois les transports sanitaires, les actes de radiologie, les médicaments et produits de santé ainsi que les examens de biologie. Par ailleurs, en faisant intervenir à sa suite des acteurs paramédicaux et des organisations de soins, la prescription se fonde dans la demande de l'acte ou de l'examen, dont elle n'est alors plus qu'une composante. Théoriquement ou formellement

---

<sup>7</sup> Article L.6143-7 du Code de la Santé Publique (CSP)

<sup>8</sup> Article R.4127-8 du CSP

<sup>9</sup> MINTZBERG, H. *Structure et dynamique des organisations*, 1982, Paris, Edition des organisations, 484p.

prescrit, celui-ci se révèle ainsi parfois d'origine soignante par glissement fonctionnel ou organisationnel.

Ayant une vocation opérationnelle, ce mémoire n'a par conséquent ni pour ambition, ni pour prétention d'étudier dans sa globalité le phénomène de juste prescription, ni de le disjoindre du phénomène de demande. Le choix a donc été fait de cibler les examens immuno-hématologiques (EIH), une sous-catégorie d'examens de biologie médicale dont la juste prescription et la pertinence de demande a été l'un de mes dossiers durant mon stage aux Hôpitaux Universitaires (HU) Pitié Salpêtrière – Charles Foix. Ce choix emporte deux conséquences.

D'une part, ce mémoire traite de la thématique transfusionnelle, dont les EIH sont un outil de sécurité. La transfusion sanguine, soit tout acte médical consistant à apporter par voie veineuse un ou des composants du sang humain lorsque les réserves du patient receveur sont jugées excessivement basses, peut en effet engendrer des effets indésirables chez le receveur. Ces effets, souvent mineurs (fièvre, frissons, allergie, allo-immunisation...), peuvent se révéler majeurs (choc dû à une contamination bactérienne, choc anaphylactique) et aller jusqu'à l'accident hémolytique immunologique qui, dû à une incompatibilité donneur-receveur, est la première cause de mortalité transfusionnelle. C'est pourquoi les EIH assurent la sécurité immunologique du patient en prévenant tout conflit entre les antigènes (se trouvant à la surface des érythrocytes ou globules rouges) et les anticorps (se trouvant dans le plasma), *avant* et *après* toute transfusion, même si l'hôpital se focalise surtout sur la phase pré-transfusionnelle. Règlementairement définis, les EIH sont pour l'essentiel le groupage ABO-D, le phénotypage Rh-Kell<sup>10</sup> et la recherche d'anticorps irréguliers (dépistage RAI), obligatoires pour la délivrance de produits sanguins labiles (PSL).

D'autre part, appliquée aux EIH, la juste prescription recouvrera ici deux situations, rappelant les examens « utiles » des références médicales opposables<sup>11</sup>. D'abord, il faut que l'examen soit approprié vis-à-vis de l'existence et du degré de risque de transfusion : il s'agit de prescrire les examens adéquats selon la situation clinique du patient, le type d'intervention ou de traitement envisagés. Ainsi, une intervention avec un risque transfusionnel quasi-nul ne doit pas donner lieu – sauf circonstances locales ou exceptionnelles – à la réalisation en amont d'une détermination de groupage ou d'une RAI, car le patient ne sera la plupart du temps *pas* transfusé. Ensuite, l'examen doit être non-

---

<sup>10</sup> Ces deux examens, qui détectent les antigènes des différents systèmes sanguins (ABO, Rh, Kell) sont indissociables au point que les spécialistes parlent parfois de « groupage ABO-Rh-Kell »

<sup>11</sup> Dans les années 1990, les RMO furent imposées à chaque médecin prescripteur [de ville] sur des thèmes et pratiques médicales courantes pour définir, d'une part, les soins et prescriptions médicalement inutiles

redondant : il s'agit de prescrire des examens nécessaires pour lesquels des résultats valides n'existent pas déjà, afin de ne pas prélever et réaliser un EIH excessif. Il est enfin à noter que le caractère approprié et non-redondant des prescriptions et prélèvements d'EIH va souvent de pair avec leur conformité, tant aux normes réglementaires et déontologiques qu'aux recommandations propres aux examens transfusionnels, notamment celles de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR).

Dès lors, en partant de l'exemple des HU Pitié Salpêtrière – Charles Foix, la visée de ce mémoire sera de confirmer l'existence et les causes d'un phénomène de surdemande d'EIH à l'hôpital, puis d'y déterminer les conditions nécessaires et les actions possibles pour y développer une politique de juste prescription. Pour y répondre, ma réflexion s'est en premier lieu fondée sur une **étude médico-économique** menée par un groupe de travail pluridisciplinaire<sup>12</sup> auquel j'ai participé. Sujet technique par les connaissances qu'elle suppose, cette enquête a d'abord amené à construire une base de données sur la nature et le volume des différents examens demandés en 2017, puis à en déterminer les situations d'atypies de prescription et de demande statistiquement repérables. Une fois quantifié sur le groupe hospitalier, le phénomène de surdemande d'EIH a ensuite été analysé par le groupe de travail, l'expertise de ses membres et les **observations de terrain** ayant à ce titre été précieuses. Sujet complexe, le circuit de prélèvement puis d'analyse des EIH implique en effet de nombreux acteurs, à la culture et aux contraintes différentes, tant dans les services (médecins, infirmiers, encadrement médical et soignant) que de manière transversale sur l'établissement (centre de tri, unité d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle) et enfin à l'Etablissement Français du Sang<sup>13</sup> (EFS). Enfin, l'ampleur du phénomène de surdemande nous a poussés à réaliser une **approche comparative** pour établir un plan d'actions en vue d'optimiser les pratiques vers une juste prescription et la disparation de la demande passant sans prescription. Des *benchmarks* avec d'autres établissements, l'accès à la base de données d'évaluation et d'amélioration des pratiques de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et la littérature sur le sujet ont ici été à utilisés<sup>14</sup>. En outre, dans la perspective de ce mémoire, j'ai réalisé des **recherches bibliographiques** afin d'appréhender ce sujet par une approche plus conceptuelle, et de le mettre en perspective par le contexte national et international, bien aidé par mes échanges avec un enseignement-chercheur de l'EHESP.

---

<sup>12</sup> Mandaté par le Directeur et le Président de la CME locale, j'ai en effet pris part à un groupe de travail pluridisciplinaire composé de médecins anesthésistes, d'une pharmacienne hémovigilante et d'une directrice des soins

<sup>13</sup> L'Etablissement Français du Sang analyse et valide les résultats d'EIH, et délivre les produits sanguins labiles. Voir *supra*

<sup>14</sup> Via le portail de recherche documentaire « Science directe », revue « Transfusion clinique et biologique »

Au terme de notre analyse, il nous apparaît ainsi que la juste prescription constitue aujourd'hui un levier majeur pour le système de santé et plus particulièrement pour la prise en charge hospitalière, notamment en matière d'EIH. Ses enjeux, la surprescription avérée par la littérature et les opportunités du secteur immuno-hématologique sont ainsi autant d'éléments contribuant à étayer son besoin (1). L'enquête menée sur le terrain, au sein des HU Pitié Salpêtrière – Charles Foix confirme ce constat, tout en mettant en avant sa dimension systémique à l'hôpital (2). Aussi, le choix d'actions correctives par l'établissement, non exhaustif, amène à s'interroger sur les conditions et les champs encore possibles d'amélioration, afin d'arriver à une situation de juste prescription (3).



## **1. La juste prescription d'EIH constitue un levier d'optimisation majeur du système de santé de par ses enjeux, le constat général de surprescription et les opportunités de l'immuno-hématologie.**

La juste prescription s'impose aujourd'hui comme une nécessité du fait des enjeux qu'elle présente (1.1) ainsi que du constat avéré de surprescription (1.2) pour les systèmes de santé, notamment en matière d'EIH. Spécifique, l'immuno-hématologie représente en outre un secteur d'opportunités – règlementaire, financière et stratégique – pour réduire le volume d'examens inutilement prescrits (1.3).

### **1.1 Objet de consensus au sein des pays développés, la juste prescription d'EIH constitue un levier à enjeux pour notre système de santé.**

#### **1.1.1 Le mouvement Choose wisely traduit un consensus au sein des principaux systèmes de santé autour de la nécessité de la juste prescription, notamment en matière d'EIH.**

La « juste prescription » est aujourd'hui perçue comme une **nécessité partagée pour les systèmes de santé** des pays développés. La campagne *Choosing wisely* (« Choisir avec soin »), lancée aux Etats-Unis en 2012 par une fondation<sup>15</sup> puis relayée par de nombreux acteurs publics et privés de santé (hospitaliers, collègues) dans la plupart des pays de l'OCDE<sup>16</sup> – dont la France – illustre cette préoccupation.

Ce mouvement, englobant toutes les spécialités médicales, incite les sociétés savantes et les collèges médicaux de chaque spécialité à élaborer en des termes simples une liste d'examens et de traitements devant être remis en question – soit parce qu'il n'y a pas de preuves de leur nécessité, soit parce qu'ils exposent les patients à des risques inutiles. En y associant le patient et en se voulant compréhensible par tous, cette démarche cherche tant à évaluer, mesurer et outiller les pratiques des professionnels de santé qu'à établir un véritable échange entre médecins et usagers.

Au sein des examens pouvant être remis en question figurent les **EIH**, demandés généralement par l'hôpital en vue d'une transfusion lors d'une consultation d'anesthésie, en réanimation, en médecine, en obstétrique et en chirurgie ; et par la médecine de ville dans le cadre du suivi post-transfusionnel. Ainsi, la Société canadienne de médecine

---

<sup>15</sup> Il s'agit de la fondation ABIM (*Advancing medical professionalism to improve health care*)

<sup>16</sup> Australie, Autriche, Brésil, Canada, Danemark, Angleterre, France, Allemagne, Inde, Israël, Italie, Japon, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Corée du Sud, Suisse, USA et Pays de Galles

transfusionnelle préconise, dans sa recommandation *choose wisely* n°7 d' « éviter la demande de tests transfusionnels inutiles pour tous les patients de chirurgie »<sup>17</sup> puisque la grande majorité d'entre eux n'a habituellement pas besoin de transfusion. Reprenant à son compte cette démarche, la SFAR recommande de réduire « autant que possible le nombre de prélèvements sanguins chez le patient en réanimation à l'admission et au quotidien »<sup>18</sup>. Plus généralement, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise de ne prescrire un groupage et un phénotypage sanguin que lorsque le diagnostic « est associé à une probabilité élevée de nécessité de transfusion »<sup>19</sup>.

#### 1.1.2 Appliquée aux EIH, la juste prescription se révèle être un levier touchant aux enjeux éthiques, de qualité, de sécurité et d'efficience de notre système de santé.

La justesse de prescription apparaît en premier lieu comme une **exigence éthique, morale et sociétale**. Dans sa dimension médicale, « choisir avec soin » vise en effet d'abord à responsabiliser le médecin et à optimiser ses choix en mettant à sa disposition des recommandations. Celles-ci, simples, claires et suivies par indicateurs visent en effet à limiter les examens inutiles ou potentiellement dangereux pour le patient tout en permettant de justifier des ressources engagées pour la prise en charge auprès d'un éventuel tiers payeur. Choisir avec soin possède ainsi une dimension éthique, en visant à assurer le respect par le corps médical des principes d'une médecine « sobre » : respect et bien être du patient, accessibilité des prises en charge. Ensuite, en promouvant un discours médical argumenté et accessible, le mouvement *Choose wisely* encourage le patient au dialogue avec son médecin sur les bénéfices au regard des conséquences négatives possibles d'un acte ou d'un examen. Choisir avec soin se révèle donc aussi être un principe moral, au sens où il doit permettre au patient d'être informé et de devenir acteur de sa prise en charge. Enfin, à une époque où 76% des français jugent que les actes et examens médicaux non justifiés constituent un problème important<sup>20</sup> et où 87% estiment que les hôpitaux devraient rendre publics leurs résultats en matière de pertinence des soins, ces dimensions morale et éthique prennent une perspective sociétale.

---

<sup>17</sup> Mocon A., McRitchie D., Tharani A. « LE PRÉOP, PAS TOUJOURS NÉCESSAIRE! Outil pour réduire les visites et les examens inutiles à la clinique préopératoire », 2016

<sup>18</sup> Lehot J.J., Clec'h C., et al, « PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION DES EXAMENS BIOLOGIQUES ET DE LA RADIOGRAPHIE THORACIQUE EN REANIMATION », 2012. Recommandation Formalisée d'Experts commune à la Société Française d'Anesthésie Réanimation et la Société de Réanimation en Langue Française

<sup>19</sup> Haute Autorité de Santé, Agence Nationale du Médicament et des Produits de Santé, « Transfusion de globules rouges homologues : produits, indications alternatives », Recommandations, novembre 2014, p.19

<sup>20</sup> Fédération Hospitalière de France, « La pertinence des actes et examens médicaux », 2017, étude Odoxa. Source : <http://www.odoxa.fr/sondage/francais-professionnels-de-sante-demandent-actes-utiles-lutter-contre-actes-medicaux-inutiles/>

En second lieu, la juste prescription constitue un **vecteur de qualité et de sécurité** de la prise en charge.

En termes de qualité de la prise en charge, une prescription adaptée permet d'abord d'éviter des examens trop nombreux. Elle contribue donc à diminuer la douleur ainsi qu'à réduire la spoliation sanguine, particulièrement néfaste chez des patients critiques (réanimation) ou fragiles (pédiatrie), les prélèvements sanguins pouvant affaiblir significativement le capital érythrocytaire. Une prescription adaptée diminue ensuite les délais et retards de la prise en charge. La prescription d'un bilan préopératoire inutile engendre en effet une surcharge de travail paramédical (prélèvement, envoi puis réception des résultats), en plus du temps d'analyse, ce qui entraîne un délai pour le patient, estimé en moyenne à près de deux heures. *A contrario*, une prescription adaptée suppose la réalisation des examens effectivement nécessaires, et évite ainsi le retard dans la prise en charge transfusionnelle, notamment au bloc opératoire. Enfin, la juste prescription induit la réalisation des prélèvements au moment opportun – le lendemain plutôt que de nuit lorsqu'ils ne sont pas urgents – afin de respecter le cycle de sommeil du patient. Ici, juste prescription est donc synonyme d'une médecine « respectueuse » du malade<sup>21</sup>.

En termes de sécurité, une prescription économe permet ensuite d'éviter des situations potentiellement dangereuses liées aux effets indésirables induits. En évitant des prélèvements inutiles, la juste prescription d'EIH réduit donc à la fois les situations d'anémie résultant de spoliations sanguines, les prélèvements de nuit où l'environnement médical et paramédical est plus restreint<sup>22</sup> et les discordances d'identité liées aux usurpations ou aux erreurs d'étiquetages des tubes, dont le nombre augmente proportionnellement au nombre de manipulations<sup>23</sup>. Cette dimension d'identito-vigilance, indirectement portée par la juste prescription, est particulièrement importante : l'erreur d'identification du patient est à l'origine de 33% des incidents grave de la chaîne transfusionnelle en France<sup>24</sup>, notamment en matière de groupages sanguins ABO.

En prônant la standardisation des pratiques, la juste prescription incite enfin les établissements et professionnels de santé à se conformer aux obligations réglementaires et aux recommandations savantes en matière d'EIH, gages de qualité comme de sécurité du soin. La littérature met en effet en avant la méconnaissance des recommandations dans les mauvaises pratiques de prescription, du fait d'une diffusion passive des référentiels ou de leur volume trop important. Par ailleurs, les prélèvements sont parfois effectués sur la

---

<sup>21</sup> Colloque de la Haute Autorité de Santé « La pertinence, du concept à l'action », Paris, 14 novembre 2017 Intervention de Mme Sandra Venero.

<sup>22</sup> Soit après 22h. Etude sur 53 patients du 01/11/2011 au 31/03/2012 au service des urgences du CH de Niort.

<sup>23</sup> La probabilité d'une discordance d'identité en matière d'EIH est couramment estimée à 1 pour 1000

<sup>24</sup> BANSARD A., LECOLIER S., « Sensibilisation des soignants à l'importance de l'identitovigilance dans la sécurité de la chaîne transfusionnelle » in *Transfusion Clinique et Biologique* 23 (2016) 273-283



seule initiative des IDE, empêchant l'évaluation médicale de sa pertinence d'une part, et ce au mépris du décret de compétence infirmier d'autre part<sup>25</sup>. Ainsi, en proposant la standardisation des pratiques autour de quelques recommandations simples et du respect des textes, le mouvement *Choose wisely* incite à uniformiser la prescription vers davantage de pertinence.

La juste prescription constitue en troisième lieu un vecteur d'**efficience**, encourageant la meilleure utilisation possible des ressources du système de santé. L'initiative « Choisir avec soin » part en effet du constat que les examens et traitements inutiles « mettent une pression accrue sur les ressources de notre système de soins de santé »<sup>26</sup>, « gâchent des ressources précieuses »<sup>27</sup> et constituent donc une source d'économies significatives. En France, la Cour des Comptes préconise ainsi depuis 2013 des actions « sur le volume et la nature des prescriptions » comme « levier essentiel de la maîtrise des dépenses »<sup>28</sup> tandis que le Gouvernement voit dans la prévention des actes inutiles et redondants un axe récurrent dans sa stratégie d'économies pour l'Assurance Maladie. La réalisation d'EIH représente en effet d'abord un coût direct pour le système de santé – facturés par le prestataire les réalisant, tels l'EFS, sans compter, si l'on raisonne en coûts complets, les équipements et le temps soignant qui y sont dédiés. Ensuite, l'efficience de prescription est aujourd'hui considérée comme dépendante d'une prescription connectée dont les résultats sont numérisés et interfacés avec le dossier patient. Enfin, les études montrent que l'efficience de prescription dépend d'une politique médicale de prescription et d'une organisation soignante adaptée dans les différents services de soin. En ce sens, la juste prescription d'examen immunohématologiques peut être vue comme un outil non seulement de maîtrise des coûts, mais aussi d'efficacité organisationnelle pour les établissements de santé.

## **1.2 La juste prescription répond à une surdemande généralisée d'EIH du fait de comportements inadéquats ainsi que d'organisations médicales, soignantes et informatiques inadaptées.**

---

<sup>25</sup> Article R. 4311-7 CSP. Ce dernier oblige à ce qu'un prélèvement sanguin infirmier soit prescrit par un médecin (sauf urgence) ou réalisé en application d'un protocole médical (sauf urgence)

<sup>26</sup> BÖGE G., LAROCHE J-P : « Le *Choose Wisely* en médecine vasculaire. Du concept à l'application pratique », Journal de Médecine Vasculaire n°42, Issue n°2, Mars 2017, p. 96-97

<sup>27</sup> SHELLIAN B., LEVINSON W., « When more is not always better: choosing nursing interventions wisely », in *Nursing Leadership*, décembre 2016, blog

<sup>28</sup> Cour des Comptes, Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale, Septembre 2013, p.384

### 1.2.1 La littérature fait le constat d'une surdemande généralisée d'examens immuno-hématologiques, en France comme dans les autres pays développés.

La nécessité de la juste prescription s'impose en raison de la **surdemande générale d'examens biologiques**, notamment préopératoires. Au Canada et aux Etats-Unis, le mouvement *Choose wisely* considère ainsi les examens sanguins comme superflus pour la majorité des patients en chirurgie, du fait d'un faible risque transfusionnel. A l'hôpital de Cleveland (Ohio), une part significative d'examens sanguins préopératoires de routine, qui donnent des résultats normaux à plus de 90%, est considérée comme évitable. L'Hôpital Général de North York à Toronto estime quant à lui à 30 à 40% la part de l'ensemble des examens préopératoires supprimables sans conséquences négatives. En France, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) – aujourd'hui rattachée à la HAS – estimait en 2004 52 à 76% de prescriptions de bilans préopératoires comme inappropriées au regard de l'évaluation des pratiques professionnelles. Confortant cette logique, le Groupe Hospitalier Lariboisière – Fernand Widal de l'AP-HP a quantifié en 2007 la surconsommation d'actes de biologie pour ses patients hospitalisés de 25% à 55% supérieure par rapport aux établissements participants à l'étude nationale des coûts (ENC). La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 évalue ainsi aujourd'hui, toutes actes et produits confondus, de 20 à 30 % la part des prescriptions non pertinentes, une estimation partagée par 34% des médecins<sup>29</sup>.

On retrouve ce **constat** si l'on se focalise plus spécifiquement sur les examens immuno-hématologiques, qui constituent une sous-catégorie d'examens biologiques et précèdent une transfusion à l'hôpital. La SFAR estime en effet que les EIH sont aujourd'hui « surprescrits » à l'hôpital : le rapport Andreu<sup>30</sup> évalue ainsi que chaque Concentré de Globules Rouges (CGR) délivré fait l'objet de plus de 4 groupages, phénotypages et RAI ; et ce constat est corroboré par la littérature. Ainsi, en 2013, l'EFS Centre-Atlantique relevait que 10.7% des patients groupés l'avaient été en excès – soit plus de deux fois dans l'année – et ce nombre atteignant 23.1% si l'on prend en compte les groupages antérieurs à 2013. Une étude aux urgences de l'Hôpital francilien Henri-Mondor en 2012 relève par ailleurs un faible taux de patients transfusés au regard du nombre de groupages sanguins demandés (14%), ce taux atteignant 22% en moyenne sur 12 CHU, CHR et CH en 2016, et même 6.2% à l'Hôpital Neurologique des HCL en 2011<sup>31</sup>. Enfin, en 2016, 49.3% des examens immuno-hématologiques réalisés aux urgences du CHU d'Angers pour de la traumatologie

---

<sup>29</sup> Fédération Hospitalière de France, « La pertinence des actes et examens médicaux », 2017, étude Odoxa.

<sup>30</sup> Andreu G. « Activité en matière de groupes sanguins et des pratiques en matière de sécurité immuno-hématologique des transfusions sanguines en France. Rapport réalisé à la demande de M. le Directeur général de l'UNCAM », 2009

<sup>31</sup> Soit 7364 demandes de déterminations de groupes sanguins pour seulement 457 patients transfusés

de membres isolés étaient considérés comme non-conformes aux recommandations de prescription.

Ce constat de surprescription d'EIH est renforcé par la « **perte de sens** », dans certains établissements de santé, des deux déterminations nécessaires pour délivrer un groupe sanguin. Les deux déterminations doivent en effet être issues de deux échantillons prélevés par deux professionnels différents ou par un même professionnel mais de manière indépendante afin d'éviter une éventuelle erreur d'identification. Néanmoins, un audit multicentrique réalisé par les référents hémovigilants dans 14 CHU, CHR et CH en 2016<sup>32</sup> a montré qu'en moyenne 52% des déterminations se basent sur un seul prélèvement (dans deux tubes différents) réalisé par une seule personne. De surcroît, 80% des déterminations y résultent d'échantillons prélevés dans un délai d'intervalle d'une durée médiane de 15 min – insuffisant pour supposer l'indépendance des prélèvements. Au CHU de Bordeaux, 60% des prélèvements seraient ainsi « non conformes » à la réglementation sur les deux déterminations. Dans ce contexte, la redondance réglementaire des deux prélèvements perd son sens : la deuxième détermination, non conforme, peut alors être considérée comme excessive – et superflue.

#### 1.2.2 Les causes de surprescription identifiées par la littérature sont multiples : absence de politique de prescription, biais comportementaux, organisations et circuits d'information inadaptés.

La littérature identifie plusieurs facteurs expliquant ce phénomène de surprescription.

La première explication tient à une **prescription insuffisamment encadrée** et **trop exhaustive** au sein des services de soins. D'une part, les services de soins se caractérisent le plus souvent par l'absence d'une « stratégie médicale »<sup>33</sup> de prescription, ce qui amène souvent une inadéquation de l'examen vis-à-vis de l'existence ou du degré de risque de transfusion. Le médecin prescripteur doit en effet adapter sa prescription à la situation clinique du patient et au type d'intervention envisagée : ainsi, une opération avec des taux de transfusion et de complication relativement faibles permettrait de faire l'économie d'un bilan – et donc d'examens immuno-hématologiques – préalables. Or, en l'absence de stratégie médicale de prescription par type d'opération, ce que recommandent le mouvement *Choose wisely* et en France la SFAR et la HAS, la prescription de routine, exhaustive et potentiellement inadaptée, prévaut. D'autre part, les examens se révèlent souvent redondants du fait d'une politique de prescription « insuffisamment encadrée ».

---

<sup>32</sup> Co-signés par les responsables hémovigilances de 14 établissements. Cet audit a eu lieu le même jour, dans les mêmes services, sur un échantillon de 40% des patients concernés par les deux déterminations

<sup>33</sup> René MORNEX, *ibid*

L'absence de prescription obligeant le médecin à justifier son choix est avancée par la SFAR, tandis que l'Hôpital Neurologique des HCL déplore des prescriptions de forme hétérogènes (papier, informatique, orale), manquant de ce fait souvent de cohérence entre elles.

Le second facteur est **psychologique**. Il est ainsi d'abord lié à la volonté de ne « prendre aucun risque » au niveau de la prescription d'examens : la non-prescription, assimilée à un défaut de soin, engagerait ainsi dans l'esprit du médecin une certaine responsabilité. Cette peur du contentieux, relayée notamment par les *media*, est réelle : en 2017, 88% des médecins déclaraient ainsi parfois prescrire à cause des craintes de poursuites<sup>34</sup>. Cette attitude défensive serait pourtant illusoire et inefficace : R. Mornex montre en effet que le nombre de recours contentieux reste stable depuis dix ans et d'une fréquence infime au regard des actes et examens prescrits. Au niveau paramédical, la littérature relève le sentiment de responsabilité des infirmiers vis-à-vis d'un patient sans EIH, ce qui les incite à réclamer une prescription, voire à prélever sans prescription. Complexes, ces raisonnements peuvent également être liés à l'anticipation d'un certain consumérisme médical des malades – « j'ai payé, j'y ai droit » – ou à l'intériorisation du regard de leurs collègues vis-à-vis de leurs pratiques.

La troisième explication avancée dans la littérature tient en un **manque d'information** et parfois **de connaissances sur le processus transfusionnel** des médecins et des paramédicaux. Ce manque d'information se traduit d'abord par des croyances médicales erronées, mais largement partagées, que tout patient de chirurgie nécessite des EIH, ou que les patients critiques nécessitent davantage d'examens complémentaires. Ensuite, la formation des infirmiers diplômés d'Etat, élément-clé de la sécurité transfusionnelle, se révèle également perfectible. La connaissance des démarches post- et pré-transfusionnelles résulterait en effet pour l'essentiel de l'expérience de terrain, la formation théorique se focalisant principalement sur la transfusion en elle-même. Enfin, la littérature insiste sur les difficultés rencontrées par les médecins et surtout les infirmiers formés hors de France lors de leurs démarches transfusionnelles, du fait de règles et normes françaises spécifiques ou d'une formation à la transfusion différente. En 2005, une étude menée au CHU Fattouma Bourguiba de Monastir, en Tunisie, a ainsi montré que 15% du personnel paramédical y possède des connaissances et pratiques jugées « suffisantes », soit sans conséquences négatives pour le patient. Sur la phase pré-transfusionnelle en particulier, ce taux descend à 13,8%. Une enquête similaire menée auprès des seniors et internes de la ville tunisienne de Sousse confirme des connaissances attitudes et pratiques insuffisantes pour garantir la sécurité transfusionnelle.

---

<sup>34</sup> Fédération Hospitalière de France, « La pertinence des actes et examens médicaux », 2017, étude Odoxa  
Laurent BLART – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2018

Le quatrième facteur d'explication de la surconsommation d'examens immunohématologiques est **organisationnel**, lié à une mauvaise organisation ou à de mauvaises habitudes de service. La littérature relève ainsi d'abord la mauvaise tenue du dossier transfusionnel, sources de prélèvements itératifs. Ainsi, l'absence d'un lieu unique et consensuel de rangement de la carte de groupe à l'hôpital Neurologique de Lyon contribuait à la surprescription : après sa mise en place, le nombre d'examens prescrits aurait diminué de 8% en deux ans. Lors d'un audit mené en 2015 sur un mois, le CHU de Bordeaux a remarqué que les cartes de groupe et les RAI de respectivement 32% et 46% des dossiers transfusionnels de patients de chirurgie potentiellement hémorragiques étaient mal rangées dans le dossier d'anesthésie. Toutefois, de mauvaises organisations liées à une absence de délimitation claire des compétences ont aussi été remarquées dans des services d'urgences, à l'accès rapide et facile aux examens complémentaires, dont les EIH. Ainsi, le CHU Henri-Mondor a constaté en 2016 de nombreuses redondances de demandes de groupe entre les services d'urgence et d'aval, tandis que le CHU d'Angers présente une organisation où les urgentistes anticipent systématiquement le bilan préopératoire réalisé par l'anesthésiste dans leur prescription. A chaque fois, le constat est clair : ces mauvaises habitudes organisationnelles contribuent à la surprescription d'EIH dans les services. Ceci explique que le mouvement *Choose wisely* comme la HAS recommandent de ne pas faire de groupages, phénotypages ou de recherche d'agglutinines irrégulières en présence de « déterminations antérieures, valides et disponibles ».

Enfin, la dernière explication est l'**absence de numérisation et d'interconnexion des circuits d'information**. Les EIH sont en effet parfois réalisés en doublons du fait de la digitalisation encore insuffisante du circuit d'information allant de la prescription à la récupération des résultats. Dans son rapport de novembre 2017, l'ANAP présente ainsi le passage à un système informatisé et connecté de prescription, de gestion et de rendu d'examens IH comme un vecteur non seulement de sécurité et de qualité des prises en charge, mais également de performance. En plus des gains de temps et économies des coûts de gestion associés<sup>35</sup>, le « tout numérisé » permettrait ainsi de limiter les erreurs de saisie, les imprécisions et les pertes : autant d'événements qui génèrent une redondance d'EIH. L'EFS Centre-Atlantique associe ainsi à la carte de groupe exclusivement papier – qui « manque souvent quand on en a besoin, ce qui conduit à la refaire abusivement » un surplus de prescription de 23% pour 2013, ce qui pose la question d'une carte de groupe à l'accessibilité électronique. Dans les faits, de nombreux établissements de santé – Nîmes, Angers, Lille, Amiens, Caen – récupèrent déjà les résultats IH en version numérique de

---

<sup>35</sup> Gaspillage des feuilles de demande, des tubes de prélèvement et de temps infirmier en plus du coût de l'examen

l'EFS via des plateformes sécurisées (Antares, Hprim...), parfois accessibles par requête depuis le dossier patient informatisé<sup>36</sup>. Ces résultats sont même directement injectés par l'EFS dans le système d'information hospitalier aux HCL. Avantageuses, ces interconnexions sont à l'origine d'une diminution des prélèvements au CHRU de Lille, et des EIH au CHU d'Amiens. Néanmoins, l'absence de diminution au CHU de Saint Etienne montre que la numérisation du rendu des résultats, sans injection automatique des données de l'EFS dans le système d'information hospitalier n'est pas pleinement efficace.

### **1.3 Activité transfusionnelle strictement encadrée, l'IH représente aujourd'hui une opportunité réglementaire, financière et institutionnelle en matière d'amélioration de la pertinence des examens.**

#### **1.3.1 La réalisation d'EIH : une activité pré-transfusionnelle encadrée faisant intervenir une pluralité d'acteurs autour d'une structure-clé : l'EFS.**

*1.3.1.1. Moyens de contrôle pré-transfusionnel strictement encadrés, les EIH représentent une part non-négligeable des examens de biologie médicale et répondent au même mode de financement.*

L'importance des EIH pour la sécurité transfusionnelle explique d'abord que ceux-ci soient **réglementairement encadrés**, dans leur définition comme dans leurs modalités de réalisation. Règlementaire définis<sup>37</sup> d'une part, les EIH sont en effet de trois sortes :

- d'abord les « phénotypages érythrocytaires », identifiant les antigènes : groupage ABO-D et phénotypages Rh-Kell (obligatoires avant toute transfusion), et d'autres phénotypages, dits étendus<sup>38</sup> ;
- ensuite « le dépistage et l'identification d'anticorps anti-érythrocytaires », aussi appelés recherche d'anticorps irréguliers (RAI, obligatoires avant une transfusion de concentré de globules rouges et après toute transfusion) qui visent à détecter l'existence d'anticorps ;
- enfin l'épreuve de compatibilité au laboratoire de biologie médicale (*in vitro*), réalisée avant la délivrance d'un concentré de globules rouges (CGR) à un patient allo-immunisé.

Leurs modalités de réalisations sont d'autre part strictement encadrées par les textes. A l'instar des autres examens de biologie<sup>39</sup>, un EIH se déroule en trois phases successives, pré-analytique (prélèvement de l'échantillon, transport et conservation), analytique

---

<sup>36</sup> Cf. Annexe n°1.

<sup>37</sup> Arrêté du 15 mai 2018 fixant les conditions de réalisation des examens de biologie médicale d'immuno-hématologie érythrocytaire, article 1<sup>er</sup>.

<sup>38</sup> RH8, JK, FY, MNS 3 et 4.

<sup>39</sup> Article L. 6211-2 du CSP

(processus technique d'obtention du résultat) et post-analytique (validation, interprétation contextuelle et communication appropriée du résultat au prescripteur). A chacune des étapes, des modalités strictes de réalisation sont posées par les textes : saisie préalable de l'identité du patient<sup>40</sup>, réalisation de deux prélèvements distincts pour les deux déterminations de groupage avec vérification de l'identité patient avant chaque prélèvement<sup>41</sup>, transmission du compte-rendu de résultat par voie électronique au site de délivrance<sup>42</sup>. Enfin, ces normes de réalisation d'EIH sont applicables quel que soit le laboratoire d'exécution.

En l'absence de suivi de données fiables et actualisées au niveau national, les dépenses d'examens immuno-hématologiques peuvent être estimées dans ce mémoire à 5% du volume des examens de biologie médicales, soit un coût d'environ **350 M€** par an en France. La répartition de ce stock d'examens est toutefois disparate, du fait d'une nécessité de prescription variable, des différents types de laboratoires d'exécution, et de l'existence disparités territoriales.

En matière de volume d'examens, trois d'entre eux sont très majoritairement prescrits, puisqu'ils représentent 96% du volume global. En 2009, sur 27,8 millions d'EIH réalisés sur le territoire national<sup>43</sup>, on retrouve essentiellement des groupages sanguins (8.8 M), les phénotypages RH-Kell (8.7 M) et les dépistages RAI (9.3 M). Cette disparité s'explique avant tout pour des raisons règlementaires, les groupes sanguins (groupages ABO et phénotypages RH-Kell) et la présence d'anticorps irréguliers (dépistages RAI) devant être connus lors de toute transfusion. Les autres EIH ne sont en effet prescrits que de manière complémentaire. L'identification de l'anticorps et éventuellement l'épreuve de comptabilité directe sont ainsi des contrôles de routine effectués à la suite d'une RAI positive ; tandis que le test de Coombs n'est réalisé en cas d'investigation pour des effets indésirables graves tels l'anémie ou l'hémolyse. Les phénotypages étendus ne sont enfin établis que pour tendre vers une compatibilité immunologique donneur-receveur la plus parfaite possible pour des patients transfusés régulièrement, tels les drépanocytaires.

Les EIH sont ensuite réalisés de manière inégale par trois types de laboratoires de biologie médicale (LBM) différents. Ainsi, les EIH sont d'abord majoritairement réalisés par des laboratoires de ville, privés, pour 57% des examens, qui peuvent être estimés à un montant global de 192 M€ en 2016. 28% d'entre eux sont ensuite réalisés par l'Etablissement Français du Sang (EFS) – à hauteur de 94 M€<sup>44</sup> et son pendant militaire, le Centre de transfusion sanguine des armées (CSTA). Cette estimation rejoint celle de l'EFS,

---

<sup>40</sup> Art. 2 de l'arrêté du 15 mai 2018

<sup>41</sup> Article 4, *ibid*

<sup>42</sup> Article 5, *ibid*.

<sup>43</sup> Voir le rapport Andreu, *ibid*.

<sup>44</sup> Etablissement Français du Sang : « L'EFS en chiffres », Rapport d'activité annuel 2016, p.11

qui estime réaliser « environ 25% des EIH de routine dans les établissements représentant 75% des délivrances de PSL »<sup>45</sup>. Enfin, les laboratoires hospitaliers représentent 15% des examens réalisés, pour un montant global de 50 M€. Ces disparités s'expliqueraient principalement par l'adressage des parturientes et patients programmés en obstétrique, chirurgie, hématologie et oncologie vers les laboratoires de ville en amont de leur prise en charge (première détermination, ...) et pour le suivi post-transfusionnel (notamment la RAI devant être réalisée 3 semaines après la transfusion).

En matière de répartition géographique enfin, la réalisation d'EIH se fait d'abord en Île-de-France, de loin la première région transfusionnelle française avec plus de 20% des produits sanguins labiles distribués (585 000 pour 92 000 patients), et 21.5% des examens immuno-hématologiques. Ce constat s'explique par la grande concentration d'hôpitaux universitaires et donc de dépôts de sang et de sites transfusionnels de l'EFS, de nombreux sujets drépanocytaires et une forte activité d'accouchements, l'Île-de-France étant l'une des régions avec le plus de naissances.

A l'instar des autres examens de biologie médicale, les examens immuno-hématologiques sont financés par une **méthode de tarification fixée règlementairement**. En effet, les actes réalisés par les laboratoires sont remboursés par les caisses d'assurance-maladie à condition de figurer préalablement sur une grille de référence, la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM). Cette nomenclature, établie sur le fondement de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale<sup>46</sup>, s'impose à tous les acteurs du système de santé et est fixée par décision de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). Elle associe à chaque acte un code, un libellé, une cotation et sont précisées diverses conditions de prise en charge ; et c'est sur cette base qu'est fixé le tarif de l'acte. Celui-ci correspond en effet un tarif de base unitaire caractérisé par la lettre B – fixé règlementairement à 0.27€ depuis 2002 – lequel est multiplié par un coefficient propre à l'acte, la « quantité de B ». Ainsi, le prix d'une détermination de groupage sanguin – de code 1140 et de libellé ABO-D – est déterminé par la cotation 33B, soit un montant de  $33 \times 0.27$ , égal à 8.91€ (sachant qu'il en faut deux soit 17.82€ pour un groupage).

*1.3.1.2. L'EFS, un acteur-clé de la réalisation d'EIH en milieu hospitalier du fait de son rôle spécifique, de son activité de laboratoire et d'une prérogative structurante au niveau local.*

---

<sup>45</sup> Entretien du 9 août 2018 avec le Dr Anne François, responsable du site EFS de l'HEGP, Responsable du processus Distribution/Délivrance EFS Ile de France.

<sup>46</sup> Accessible sur Ameli : [http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/nabm/cgi-fiche?p\\_menu=FICHE&p\\_site=AMELI](http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/nabm/cgi-fiche?p_menu=FICHE&p_site=AMELI)



Etablissement public de l'Etat placé sous la tutelle du Ministère de la Santé, l'EFS est avant tout **l'acteur central de la chaîne transfusionnelle** puisqu'il est chargé par les textes des activités du service public transfusionnel et de ses éventuelles activités annexes<sup>47</sup>.

Créé en 1998 à la suite de l'affaire du sang contaminé<sup>48</sup> il est d'une part le garant de la qualité et la sécurité transfusionnelle. Ses compétences, définies par les textes, sont larges. Opérateur unique en matière de collecte du sang ainsi que de préparation, de distribution et de délivrance des produits sanguins labiles, il a ainsi également vocation à développer toute activité liée à la transfusion sanguine – plasmas, analyse des EIH « receveur »<sup>49</sup> – sans toutefois être en monopole sur ces deux types d'activité.

En particulier, sa mission d'organisation du circuit de distribution et de délivrance des produits sanguins labiles le place au cœur du circuit transfusionnel. Structuré en 13 établissements régionaux, l'EFS organise le circuit et la qualité transfusionnels par ses sites, des dépôts hospitaliers et le recours à la contractualisation. Il y a d'abord 150 sites, qui sont des antennes de l'EFS régional dans les établissements de santé les plus importants<sup>50</sup>. Composés de personnels de l'EFS, ils assurent la préparation, la distribution aux relais et la délivrance directe des produits sanguins labiles, ainsi que la réalisation des examens immuno-hématologiques. Ces sites se conforment aux normes de sécurité et de qualité en vigueur : règles de l'ANSM, accréditation COFRAC (depuis 2010) et certification ISO (depuis 2011). L'EFS conventionne ensuite 615 dépôts de sang qui servent de relais pour la délivrance ou la remise de PSL aux établissements géographiquement éloignés ou dont activités médicales les justifient<sup>51</sup>. Autorisés par l'ARS qui les contrôle tous les 5 ans, les dépôts hospitaliers appartiennent à l'établissement, qui assure son financement, et y affecte du personnel<sup>52</sup>. Ces dépôts peuvent avoir des fonctions différentes. Les *dépôts de délivrance* délivrent, c'est-à-dire qu'ils attribuent nominativement les PSL en fonction des caractéristiques immunologiques du patient<sup>53</sup>. Les *dépôts d'urgence* ne délivrent ensuite au service de soin que des poches de PSL (CGR O ou plasma AB) compatibles avec tous les groupes sanguins afin de pallier aux transfusions imprévues. Enfin, les dépôts peuvent être dits *relais* afin qu'un produit sanguin déjà délivré par un site de l'EFS puisse être stocké sous certaines conditions en vue d'être transfusé par le service de soin au patient dans un délai de plus de 6 heures, délai maximal de conservation dans un service. L'EFS régional

---

<sup>47</sup> Article L.1222-1 du CSP.

<sup>48</sup> Il succède à partir de 2000 à l'Agence Française du Sang (AFS), elle-même créée en 1995 : il reprend ses missions moins celles de réglementation et de contrôle, confiées à l'Afssaps et substituée aux établissements de transfusion sanguine ETS dans la gestion de l'activité transfusionnelle.

<sup>49</sup> Article L.1222-1-1 du CSP

<sup>50</sup> Souvent publics, ce peut aussi être des ESPIC ou des cliniques.

<sup>51</sup> Ces spécialités médicales sont ainsi le plus souvent la maternité, les urgences, la chirurgie lourde, l'oncologie et l'hématologie.

<sup>52</sup> Ceci la différence des sites où le personnel est celui de l'EFS

<sup>53</sup> Ce sont de facto des « mini-sites » de l'EFS, dont les moyens sont pris en charge par l'établissement de santé.

contractualise en dernier lieu les conditions, modalités et moyens de transfusion avec tous les établissements de santé de son périmètre.

L'EFS est en second lieu un **acteur-clé de la réalisation des EIH en milieu hospitalier**, tant parce qu'il est l'un des laboratoires pouvant les réaliser, que parce qu'il y dispose d'une prérogative structurante lui conférant un pouvoir de marché.

L'EFS est ainsi en effet d'abord un acteur de la réalisation des EIH, puisqu'il est autorisé à réaliser des examens immuno-hématologiques dans deux situations distinctes. Il est ainsi d'une part en situation d'opérateur unique sur la réalisation d'EIH « donneur », visant à la qualification biologique du don : cette activité monopolistique relève alors de la législation particulière à l'EFS. D'autre part, il réalise les EIH « receveur » et « complexes » demandés dans une perspective transfusionnelle : cette activité non-monopolistique est alors soumise à la législation sur la biologie médicale.

L'EFS régional possède d'autre part une prérogative – le monopole sur la délivrance « jusqu'au lit du malade » des PSL – qui lui permet s'il d'influencer les choix du prestataire d'EIH des établissements de santé. Cette prérogative, structurante au niveau local, révèle un pouvoir de marché en matière d'EIH « receveur ». Dans son rapport de 2010, la Cour des Comptes relève ainsi la tendance de l'EFS « à fermer ses propres sites de distribution lorsque l'IH receveur est confiée aux laboratoires hospitaliers ou de ville et à créer des dépôts hospitaliers à la place »<sup>54</sup>, ce qui constitue un moyen de pression potentiel, les hôpitaux devant alors financer ces dépôts. La littérature<sup>55</sup> montre également que l'EFS interprète de manière hétérogène en fonction du contexte local les textes fixant les règles de validité des résultats ou prélèvements d'EIH. C'est en effet lui qui fixe les modalités d'acceptation d'une carte de groupe faite en ville pour la délivrance des PSL sur l'établissement (soit comme une, soit comme deux déterminations), voire peut demander une détermination systématique supplémentaire. L'EFS peut donc contraindre, *de facto*, la provenance des EIH nécessaires à la délivrance de PSL dans chaque établissement de santé.

### 1.3.2 L'immuno-hématologie (IH) : un domaine d'opportunités réglementaire, financière et stratégique pour les établissements de santé afin de réduire la redondance de leurs examens.

**L'évolution réglementaire** récente en matière de conditions de réalisation d'EIH pourrait permettre aux établissements de santé de réduire leurs EIH redondants sans remettre en

---

<sup>54</sup> Cour des Comptes, *Les transformations du service public de la transfusion sanguine*, 2010, p.185

<sup>55</sup> Enquête menée auprès de 30 établissements de santé par l'unité hémovigilance de l'hôpital Sainte Marguerite et l'ARS Limousin en 2014

cause leur conformité. L'arrêté du 15 mai 2018 constitue en effet une évolution de taille en abrogeant l'arrêté du 26 avril 2002<sup>56</sup>. Cet arrêté renverse le principe selon lequel un groupage ne peut être obtenu qu'à partir de deux déterminations différentes à partir de deux prélèvements différents effectués dans le même laboratoire. Désormais, une seule détermination à raison d'un seul prélèvement suffit. Ce n'est qu'en cas de « contexte transfusionnel avéré » et « par dérogation » qu'une deuxième détermination est réalisée par le laboratoire de « biologie médicale de site », ou par un autre laboratoire ayant « un système de transmission électronique des résultats au site de délivrance » pour des raisons d'identito-vigilance. Cette évolution, d'apparence peu explicite, emporte trois conséquences, permettant toutes trois de réduire le nombre d'EIH prescrits. D'abord, en faisant de la détermination unique le principe – avec une deuxième uniquement en cas de probabilité de transfusion, pour vérification de l'identito-vigilance – elle vise à éviter une seconde ou une double détermination dans lors de bilans d'entrée de routine à l'hôpital. Ensuite, en inscrivant la possibilité de découpler les deux déterminations d'un même laboratoire, l'arrêté encourage la reconnaissance par l'EFS de site d'une détermination réalisée dans les laboratoires de ville, ainsi qu'à échanger ses données avec lui – à l'image de la plateforme ERA dans certains EFS de région<sup>57</sup>. Enfin, la mention d'un « contexte transfusionnel avéré » vise à instaurer un dialogue entre les établissements de santé et l'EFS pour déterminer une liste nominative – et limitative – d'interventions rentrant par principe dans ce champ au niveau régional. Cette liste, non exhaustive, pourrait ensuite être enrichie au niveau local.

La **prise en charge financière** des EIH – avec des recettes forfaitaires pour des dépenses afférentes en baisse ces dernières années – font de la suppression des examens inutiles une opportunité à saisir.

En matière de recettes hospitalières, les EIH sont financés de manière forfaitaire, à l'instar des examens de biologie médicale : les examens en excès sont donc une source de dépenses sans être à l'origine de recettes supplémentaires pour l'hôpital. Lors d'une hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique, la réalisation d'EIH est en effet incluse dans le GHS, « représentatif de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient »<sup>58</sup>. Lors d'une prise en charge externe (consultation, ambulatoire...), ces examens, lorsqu'ils sont réalisés par l'hôpital, ne font pas

---

<sup>56</sup> Arrêté du 26 avril 2002 modifiant l'arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale

<sup>57</sup> Entretien avec Anne François, le 09/09/2018

<sup>58</sup> Article R.162-32-1 du Code de la sécurité sociale

l'objet d'une facturation spécifique – et sont en pratique financés par l'acte, donc indépendamment du nombre d'examens réalisés<sup>59</sup>.

En matière de dépenses hospitalières, les EIH connaissent déjà depuis plusieurs années un déremboursement et une baisse des coûts associés aux EIH, un effet que pourrait démultiplier l'amélioration de la pertinence des examens prescrits. La baisse est d'abord celle des tarifs de la nomenclature, soit une diminution du prix de certains examens. Ainsi, la dernière décision de l'UNCAM datant du 12 mars 2018 amène une diminution d'un B (soit 0.27€, cotation 34 à 33) pour les groupages et phénotypages Rh-Kell, et de deux B (soit 0.54€, cotation 39 à 37) par dépistage RAI. Il y a ensuite l'arrêt de la facturation des « forfaits de sécurité » par l'EFS, qui compensait jusque-là le coût de traitement et de destruction des tubes d'examens. Ces baisses sont autant de réduction de dépenses pour les hôpitaux au détriment de l'EFS, qui estime ainsi les effets de la précédente baisse de nomenclature en 2016 à 3.7 M€ et de la suppression de la facturation du forfait de sécurité à 3.2 M€<sup>60</sup>. Enfin, les EFS régionaux sont amenés à pratiquer parfois des ristournes sur leur prix de leurs actes en fonction de l'établissement de santé. Ces ristournes, qui ont variées sensiblement entre établissements régionaux de l'EFS voire au sein d'une même entité (de -4% à -35%) ont toutefois été progressivement réduites. L'amélioration de la pertinence pourrait donc démultiplier ces effets prix, d'autant plus que les examens réalisés hors périodes ouvrables par l'EFS<sup>61</sup> sont dotés d'un supplément de facturation de 26B (soit 7.02€) : en diminuant l'urgence du recours, on diminue aussi le coût de l'examen.

Enfin, la mission de conseil transfusionnel dévolue à l'**EFS** et ses évolutions informatiques actuelles constituent pour les hôpitaux des opportunités afin de mettre en place des **stratégies de coopération** avec cet établissement. L'EFS, extrêmement rigoureux dans sa maîtrise du risque transfusionnel inclut d'une part dans ses missions un rôle de conseil transfusionnel, ce qui l'incite à tenir un discours du « moins d'examens et de transfusions possibles » proche de celui des hôpitaux<sup>62</sup>. C'est ainsi que l'EFS Île-de-France, après une initiative à l'Hôpital Georges-Pompidou en 2002, a mis en place dès 2009 un système de suppression suite à redondance des demandes d'examens, dès lors que la patient est déjà connu dans sa base de données, et que l'EFS dispose de résultats encore valides à son sujet. Ces suppressions suite à redondance de demandes d'EIH représentent ainsi une économie de 1.2 Md€ pour l'AP-HP en 2016, soit plus de 8% du montant global d'examens demandés. A l'AP-HM, la contractualisation en 2012 d'une coopération (prescription d'un groupe ABO-D/Rh-Kell pour identito-vigilance lors de toute nouvelle prescription de PSL

---

<sup>59</sup> La participation de l'assuré à ces examens de biologie médicale est floue en matière d'hospitalisation tandis qu'en consultation la participation de l'assuré de 20%

<sup>60</sup> EFS, rapport annuel d'activité 2016

<sup>61</sup> Soit la nuit de 20h à 8h, le dimanche, samedi après-midi ou les jours fériés

<sup>62</sup> Entretien avec Anne François, le 09/09/2018

par nouvelle hospitalisation contre non-réalisation et identification des examens demandés en excès) a entraîné une baisse de 4.55% de B par CGR délivré, et une économie annuelle de 360 à 400 K€ de d'examens redondants. D'autre part, l'interconnexion des bases régionales « receveurs » de l'EFS actuellement à l'œuvre<sup>63</sup> et les perspectives de développement de plateformes d'échanges de données entre l'EFS et les laboratoires de ville (« ERA ») à la suite de l'arrêté du 15 mai 2018 représentent des opportunités pour une demande plus pertinente d'EIH. Ainsi interconnectés avec les autres établissements régionaux et les laboratoires de ville, l'EFS régional pourra, dans l'avenir, immédiatement disposer des données IH de patients venant d'autres régions ou de la ville. Cela devrait lui permettre d'annuler des demandes d'EIH faites pour un patient déjà connu par un laboratoire de ville ou un autre EFS de région ; et un jour de mettre directement cet historique à la disposition des établissements de santé.

---

<sup>63</sup> L'absence de numéro patient unique et les différences de paramétrages entre bases régionales empêchent en effet aujourd'hui de réaliser à court terme un fichier receveur unique

## **2 L'enquête au sein des HU Pitié Salpêtrière – Charles Foix confirme le constat d'un phénomène hospitalier de surprescription d'EIH et met en évidence sa dimension systémique.**

En raison de leur contexte budgétaire contraint, les HU Pitié Salpêtrière-Charles Foix ont mandaté un groupe de travail pluridisciplinaire pour auditer et optimiser les pratiques de prescription d'EIH (2.1). S'appuyant sur une approche à la fois quantitative et qualitative (2.2), ce groupe de travail a identifié et analysé une situation de surprescription sur le G.H, confirmant les constats posés par la littérature tout en insistant sur la dimension systémique de ce phénomène (2.3).

### **2.1 Les HU Pitié Salpêtrière – Charles Foix : un groupe hospitalier francilien à forte activité transfusionnelle, financièrement contraint et confronté à un circuit d'EIH complexe.**

Le choix de mener un audit sur la juste prescription d'EIH est d'abord lié à la **forte activité transfusionnelle** du groupe Pitié Salpêtrière-Charles Foix, avec environ 50 000 PSL transfusés à 5000 patients, soit 10% des transfusions de l'AP-HP. Cette activité s'explique par deux facteurs, à savoir la position géographique et les activités de l'établissement. Le G.H se situe d'une part en Île-de-France, une région caractérisée par une forte proportion de naissances et de sujets drépanocytaires, deux prises en charge présentant une probabilité élevée de transfusion. Le groupe, qui est l'un des plus gros CHU de l'AP-HP<sup>64</sup>, se distingue d'autre part par des activités à fort risque transfusionnel. Outre 2229 accouchements en 2017, il y a été réalisé 49 370 actes de chirurgie et 437 greffes, dont près de 360 transplantations. Or, cette forte activité transfusionnelle induit la demande à l'EFS d'un volume élevé d'EIH : 1,76 M€ pour près de 173 000 examens, soit 12% de l'activité d'EIH de l'EFS Île-de-France.

La constitution d'un groupe de travail sur les EIH répond ensuite au **contexte budgétaire** dégradé de l'établissement en 2018. Le déficit de l'AP-HP<sup>65</sup> a en effet entraîné au début de l'année un gel de la masse salariale, décliné sur les groupes hospitaliers. En interne, l'effacement lié à la baisse des tarifs hospitaliers et de dotations couplée à la hausse des charges engendre un risque de dégradation du résultat financier. Pour répondre à ces deux menaces, un plan d'efficience a donc été établi pour maintenir le GH à l'équilibre et obtenir un dégel de ces crédits. Au vu de la hausse des volumes des examens de biologie médicale et des médicaments ces dernières années, l'un des axes de ce plan, validé en directoire,

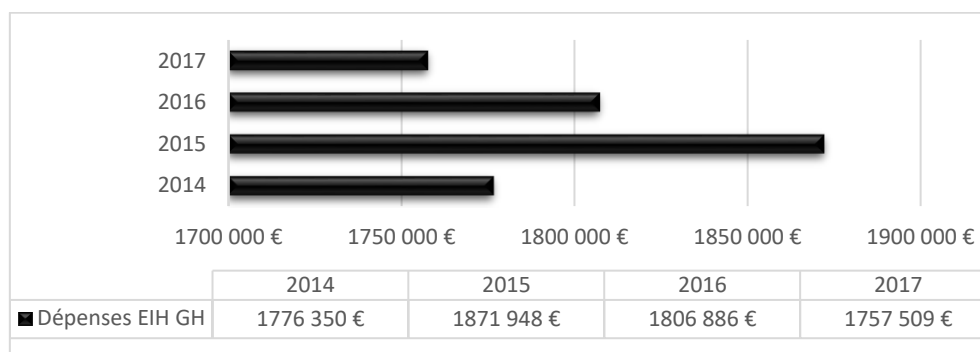
---

<sup>64</sup> Avec 2137 lits et 321 places d'hôpital de jour

<sup>65</sup> Près de 200 M€ en 2017

est la juste prescription. Au sein de cet axe, il a été décidé de constituer un groupe de travail pluridisciplinaire pour réaliser un diagnostic et un plan d'actions en matière d'EIH soustraits à l'EFS. En dépit des apparences, le volume d'EIH a en effet crû sur le GH ces dernières années, quand bien même le montant global des dépenses, qui avait augmenté entre 2014 et 2015, baisse depuis de cette date (cf. *figure ci-dessous*).

**Figure 1** : Evolution des dépenses d'EIH sur le GH Pitié Salpêtrière - Charles Foix depuis 2014



L'évolution à la baisse des dépenses d'EIH masque en effet les impacts des différents effets, « volume » et « prix » qui y contribuent. Ainsi, la variation entre 2014 et 2017 s'explique par un volume d'examens tendanciellement à la hausse, puisqu'il a grimpé fortement (+7,3%) en 2015, avant de s'infléchir en 2016 (-0.8%) puis de repartir à la hausse en 2017 (+0.4%). Toutefois, cette hausse est masquée depuis 2015 par un effet-prix favorable. Les coûts des examens décroissent en effet depuis cette date (-1.9% en 2015 ; -2.6% en 2016 ; -3.1% en 2017) du fait de trois facteurs : baisse des coûts de la nomenclature des principaux examens<sup>66</sup>, moindre réalisation d'examens hors périodes ouvrables (qui déclenche un supplément nuit, dimanche ou jour férié) et arrêt progressif de la facturation du forfait de sécurité sanguin. Ainsi, entre 2016 et 2017, l'effet-prix cumule la baisse des coûts de la nomenclature des phénotypages (-3.2% à partir d'avril 2016), l'arrêt de facturation du forfait de sécurité sanguin (-0.8% à partir d'octobre 2016) et la baisse des facturations des examens hors périodes ouvrables (-1%). Sa baisse compense donc largement l'effet de hausse du nombre d'examens de 0.4% (cf. *figure ci-dessous*).

**Figure 2** : Décomposition de l'évolution du volume des dépenses d'EIH sur le GH Pitié Salpêtrière - Charles Foix

<sup>66</sup> Groupages, phénotypages Rh-Kell et RAI

EIH	Année		
	2014/2015	2015/2016	2016/2017
<b>Effet-volume (en %)</b>	7,3	-0,8	0,4
<b>Effet-prix (en %)</b>	-1,9	-2,6	-3,1
<b>Evolution (en %)</b>	5,4	-3,4	-2,7

En dernier lieu, le **circuit d'acheminement** des prélèvements et des résultats IH étant **complexe et spécifique** à l'établissement, seule une analyse pluridisciplinaire peut permettre de l'appréhender. Etablissement de grande taille sans rendu informatisé des résultats, les HU Pitié Salpêtrière Charles Foix se caractérisent d'une part par un circuit IH faisant intervenir différents acteurs, reliés par le réseau pneumatique. Il y a d'abord les services de soins, qui prescrivent, prélèvent, envoient les prélèvements puis reçoivent les résultats des EIH. Le laboratoire de l'EFS, présent sur le site, vérifie la conformité des prélèvements réceptionnés, notamment en ce qui concerne l'identité du patient, ainsi que l'existence de résultats antérieurs valides. En fonction, le cas échéant, il analyse les prélèvements. Entre les deux, le centre de tri reçoit les échantillons puis les transmet à l'EFS, toujours par pneumatique. D'autre part, ce circuit présente des contraintes structurelles. Le pneumatique est ainsi très fréquenté (plusieurs milliers de prélèvements chaque jour) du fait du caractère étendu et pavillonnaire de l'établissement, ce qui peut être source d'embouteillages. Par ailleurs, en urgence et en cas de demande de PSL associé à la prescription d'examen, les services ont recours à un coursier, seul sur l'établissement la nuit.

## **2.2 La méthodologie d'enquête : une approche médico-économique couplée à une approche qualitative de terrain afin d'identifier, de quantifier, d'analyser et de corriger la surprescription d'EIH.**

En préambule, le groupe de travail a souhaité établir une méthodologie de travail précise. Composé de professionnels confrontés quotidiennement aux pratiques de prescription d'EIH, il est d'abord parti de l'expérience qualitative de terrain de ses membres pour déterminer les mésusages les plus courants. Conscients de la nécessité de quantifier ces mésusages pour les analyser, nous avons ensuite cherché à déterminer le volume – quantitatif et financier – des pratiques aboutissant à une surdemande d'examen, sans nous empêcher de réaliser des observations de terrain complémentaires en parallèle. Enfin, une troisième phase s'est tenue visant à l'analyse et à la proposition d'actions correctives, formalisées par des présentations en instances et un plan d'actions.



C'est en premier lieu de l'**expérience de terrain**, médicale et paramédicale, des membres du groupe de travail que sont venus les premiers constats de mésusages en matière d'EIH. Quelques repérages au sein des services<sup>67</sup> ainsi que le retour, lors de formations et d'audits, de pratiques inadaptées ou de défauts d'organisation nous ont en effet d'abord amené à converger, lors de deux réunions sur l'existence d'examen redondants et non-appropriés. Cette intuition, à la fois fondatrice et importante pour fédérer le groupe autour d'une thèse commune, est d'ailleurs souvent partagée par l'encadrement, le personnel médical et le personnel infirmier lui-même. Dès lors, à partir des pratiques les plus courantes, plusieurs mésusages nous sont apparus : groupages, phénotypages et RAI prescrits en systématique sans recherche préalable de l'existence de résultats antérieurs valides, non-prolongation de la durée de validité de certaines RAI, EIH prescrits pour des interventions chirurgicales à très faible risque transfusionnel.

Nous avons en deuxième lieu cherché à **quantifier** ces mésusages afin de les objectiver. Cette démarche, d'une durée de deux semaines, s'est structurée en trois temps.

Il a ainsi d'abord fallu déterminer les sources de données exploitables sur ce sujet, car les systèmes d'information internes au GH sont aujourd'hui incapables de fournir des données satisfaisantes en matière d'EIH. Il n'existe en effet ni logiciel interne de traçabilité des EIH, ni possibilité de requête *ad hoc* sur PMSI Pilot. Le croisement de données (de bloc opératoire, d'actes médicaux, de données patients...) provenant de logiciels différents (IPOP, PMSI Pilot, ORBIS et GILDA) ou de l'EFS s'avère en outre difficile du fait de l'absence d'interface et de numéro patient commun. *In fine*, le choix a donc été fait de partir des données de facturation détaillées transmises par l'EFS pour l'année 2017 afin d'établir une base de données unique, retraitée pour intégrer les structures à jour de l'établissement, certaines données transfusionnelles et PMSI.

Nous avons ensuite délimité, au regard des premiers éléments quantitatifs (nombre et types d'examen réalisés par pôle et services) et des retours d'expérience initiaux, les demandes d'EIH correspondant à des volumes significatifs. D'une part, nous avons restreint d'abord notre démarche aux demandes émises par les principaux services demandeurs, soit 3 pôles de médecine<sup>68</sup> et 3 de chirurgie<sup>69</sup> représentant 90 % du montant total de dépenses<sup>70</sup>. D'autre part, seuls les principaux EIH (groupages, phénotypages Rh-Kell, RAI)

---

<sup>67</sup> De manière visuelle, voire l'accumulation de compte-rendu de résultats IH non rangés dans le dossier transfusionnel au sein d'un service cf. Annexe n°2

<sup>68</sup> Pôles PRAGUES (dont urgences-réanimation) ; Immunitaire, inflammatoire et infectieux (3I, dont hépatogastro-entérologie) ; ORPHé (dont oncologie, hématologie)

<sup>69</sup> Pôles Chirurgie, Cœur-Métabolisme (dont chirurgie cardiaque), Neurochirurgie sensorielle

<sup>70</sup> 1,578 M€ sur 1.757 M€

ont été retenus, de par leur volume (91% du total d'examens sur les 6 pôles) mais aussi par le fait que les autres types d'examens sont *a priori* justifiés<sup>71</sup>.

Enfin, le groupe de travail s'est réuni pour déterminer sous quels critères les situations d'atypies pourraient être statistiquement caractérisées – et donc repérées – dans la base. Il faut noter ici que le groupe de travail, mandaté sur les examens redondants et inappropriés, n'a identifié et quantifié qu'une partie d'entre eux : ainsi, sur les sept critères définis, seuls trois ont été retenus. Cela s'explique d'une part par un principe de prudence : seuls les critères satisfaisants, traduisant de manière fidèle un excès de prescription, ont été retenus. Le périmètre large, les compétences et le temps limités n'ont d'autre part permis au groupe de travail ni de mener un audit exhaustif des dossiers, ni d'identifier certains examens inappropriés comme tels, ceux-ci étant propres à chaque service et spécialité. Ainsi, trois situations d'atypies ont été quantifiées en 2017, traduisant un phénomène de surprescription d'EIH sur le GH :

- un nombre de groupages ABO et phénotypes Rh-Kell strictement supérieur à 2 pour un patient donné, excessifs pour établir une carte de groupe hors situation d'urgence ;
- une RAI non suivie d'une transfusion<sup>72</sup>, car c'est un examen qui doit être fait en vue d'un risque avéré<sup>73</sup> de transfusion de CGR ;
- toute RAI réalisée plus d'une fois en moins de 3 jours, car la durée de validité d'un RAI est de 3 jours.

En dernier lieu, partant du constat de surprescription, nous avons **analysé en groupe de travail** les facteurs contributifs et en avons **proposé des actions correctives**, selon une double grille de lecture. Ces actions ont ainsi été recommandées en fonction de la temporalité de leur mise en œuvre (court, moyen et long terme) et en fonction des acteurs concernés (paramédicaux, médecins, direction). Enfin, diverses présentations des résultats de cette étude ont été réalisées en Comité de direction et devant les instances (Directoire, CMEL). Le plan d'action a lui fait l'objet d'une note, dans une visée tant pédagogique (sensibilisation des cadres, des chefs de pôle et de service) que prospective (plans des actions à mener et indicateurs à suivre).

---

<sup>71</sup> Ils sont en effet soit complémentaires, soit nécessaires à la délivrance ou à une investigation liée à un effet indésirable receveur

<sup>72</sup> Les secteurs maternité et hématologie ont été exclus de ces critères où ils sont des « documents de référence » réalisés en systématique du fait du risque transfusionnel

<sup>73</sup> Ceci nécessite de déterminer le caractère avéré du risque de transfusion, tant au bloc et en anesthésie (travail de cartographie), qu'en médecine et réanimation (questionnement sur la nécessité de transfuser dans la journée, en particulier lors du bilan d'entrée). Ce caractère n'ayant pas été déterminé de manière formelle dans les services, et le groupe de travail n'ayant pas le temps d'investiguer l'ensemble des dossiers de manière exhaustive, il a été choisi de prendre l'intégralité du critère

## 2.3 La détermination d'une surprescription significative d'EIH et son analyse sur l'établissement confirment les constats de la littérature en insistant sur la dimension systémique de ce phénomène.

### 2.3.1 La détermination d'une demande excessive d'EIH confirme le constat d'une surprescription significative posé par la littérature et étaye l'idée d'un caractère systémique sur le GH.

L'enquête a dans un premier temps permis d'identifier et de quantifier un phénomène de surdemande d'EIH sur les HU Pitié Salpêtrière – Charles Foix. En 2017, la part des examens considérés comme « redondants » ou « inutiles » au regard des situations d'atypies de demandes faites à l'EFS s'élève ainsi à **438 609 €**, soit près de **25 % des examens réalisés sur le G.H**<sup>74</sup>. Ce chiffre, obtenu à partir de la méthode des coûts directs, est toutefois encore sous-estimé, car il ne tient pas compte de certains examens inappropriés compte tenu du risque hémorragique de l'intervention. Surtout, si l'on raisonne en coût complet, ce montant ne prend pas en compte les coûts indirects, à savoir le coût de l'équipement utilisé pour le prélèvement (tube EDTA, adaptateur, aiguille utilisés) et le temps soignant pour le prélèvement et la traçabilité de l'acte, estimé à en moyenne 20 minutes. En un mot, ce phénomène de surprescription peut être estimé à *au moins* un quart du montant d'examens réalisés, confirmant le constat posé par la littérature d'une surdemande significative d'EIH.

Les examens redondants représentent par ailleurs une part relativement homogène d'examens sur chaque pôle – tournant autour de 25% – et ce en dépit des différences de volume d'activité ou de prescription d'EIH. Ils concernent ainsi 20% des EIH prescrits en chirurgie<sup>75</sup> et jusqu'à 32% du pôle immunité, infectieux et inflammatoire (cf. *figure ci-contre*).

**Figure 3** : Tableau des atypies et du volume global d'EIH sur les 8 pôles demandeurs du GH en 2017

Pôle	Taux de prescriptions redondantes ou inutiles	Nombre d'EIH réalisés en 2017
Chirurgie	20%	60 308

<sup>74</sup> Les résultats du travail « pilote » effectué pour les 6 pôles les plus consommateurs (hors gériatrie) sont présentés en annexe 3. Ce travail a ensuite été simplement étendu aux 2 pôles non-encore concernés pour obtenir le résultat indiqué.

<sup>75</sup> Hors chirurgie cardiaque et neurochirurgie.

<b>PRAGUES (dont urgences, anesthésie et réanimations)</b>	26%	20 569
<b>Maladie du Système Nerveux</b>	26%	2 901
<b>Chirurgie Neurosensorielle</b>	30%	13 898
<b>Cœur-Métabolisme</b>	29%	25 869
<b>Immunitaire, Infectieux, Inflammatoire</b>	32%	13 585
<b>ORPHé (cancérologie, hématologie)</b>	23%	21 307
<b>Gériatrie</b>	31%	14 118

Ce constat tend à montrer que ce phénomène est **systemique**, c'est-à-dire qu'il ne concerne pas un pôle ou des services isolés, mais bien l'ensemble des services de médecine et de chirurgie l'établissement.

2.3.2 L'analyse des facteurs de surprescription sur le GH conforte les raisons avancées par la littérature en insistant sur leur dimension systemique, à la fois organisationnelle et culturelle.

Se basant sur son expérience et des observations de terrain pour son analyse, le groupe de travail corrobore les causes avancées par la littérature. Néanmoins, le terrain montre que ces facteurs, loin d'être individuels en fonction du soignant, du médecin ou du service, sont avant tout systemiques, liés à une « organisation » et à une « culture » de la surprescription et du surprélèvement d'EIH dans tout l'établissement.

#### *2.3.2.1. Trois facteurs organisationnels expliquent la surdemande d'EIH.*

La surdemande des principaux EIH sur le G.H Pitié Salpêtrière-Charles Foix est ainsi d'abord liée à un problème d'**accessibilité des documents pré-transfusionnels**.

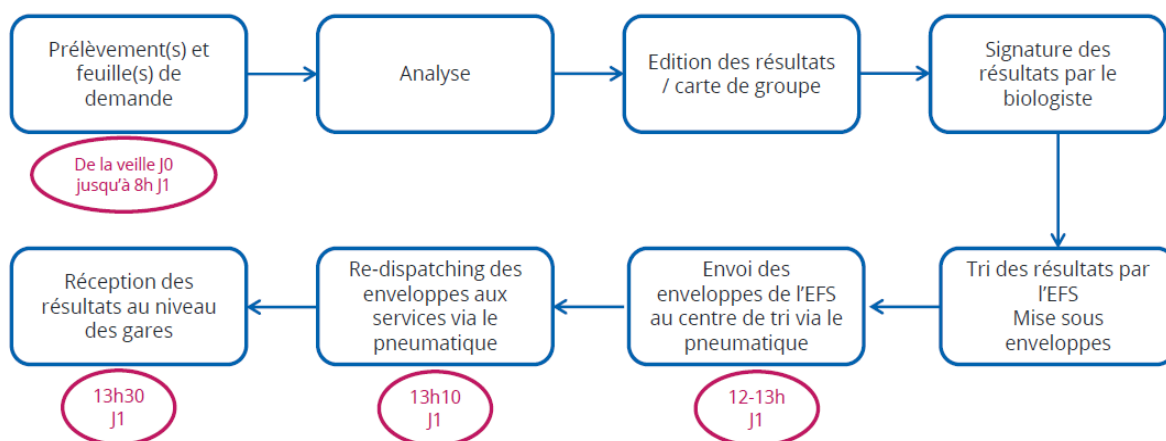
Cette difficulté s'explique en premier lieu par de mauvaises pratiques soignantes généralisées. Le mauvaise tenue du dossier transfusionnel s'explique d'une part par le fait qu'il n'est pas toujours complété par les soignants et que ceux-ci n'y rangent pas systématiquement les résultats IH reçus, ce qui a été constaté lors d'audits de dossiers. D'autre part, la non-consultation du dossier transfusionnel avant tout prélèvement, alors

que des résultats valides peuvent s'y trouver, amène souvent à prélever de nouveau le patient. Enfin, le manque de communication entre les services explique que la carte de groupe ou le résultat de RAI ne sont pas automatiquement transmis avec le patient lors de son transfert<sup>76</sup>.

Ces mauvaises pratiques sont en second lieu renforcées par des mauvaises pratiques organisationnelles. Plusieurs lieux de réception des résultats IH reçus par pneumatique coexistent ainsi dans un même service<sup>77</sup>, du fait d'un envoi groupé par l'EFS dans une même enveloppe des résultats de plusieurs unités de soins d'un même service se trouvant à différents étages ou bâtiments. L'absence de mention de la carte de groupe dans les documents demandés au patient lors de son admission ou de sa venue en consultation peut également être avancée.

En troisième lieu, les résultats de l'EFS sont obtenus dans un délai relativement long (24h, sauf urgences), ce qui est peu compatible avec le transfert parfois rapide des patients dans une autre unité de soins. Outre le temps incompressible d'analyse, ce délai s'explique par les contraintes d'organisation interne à l'EFS et celles du circuit local. Transmis au service prescripteur en version papier, les résultats IH sont en effet dépendants des contraintes et horaires de l'EFS ainsi que des horaires et de l'activité du centre de tri (cf. *figure ci-contre*). A cela s'ajoutent les contraintes du pneumatique, avec les erreurs d'adressages, les gares encombrées et les pannes.

**Figure 4.** Circuit du prélèvement d'EIH sans demande de PSL associée, de l'envoi du prélèvement par le service de soins à la réception des résultats.



Acte médical, la prescription d'EIH se révèle également inappropriée du fait d'une **absence de politique médicale coordonnée de prescription**. Le groupe de travail n'a en effet pas

<sup>76</sup> Observations dans un service de J0 le 16/07/2018.

<sup>77</sup> Observations en hospitalisation chirurgie cardiaque le 18/07/2018

trouvé de stratégie médicale de prescription formalisée dans les services : peu de travaux déterminant le risque transfusionnel des différentes interventions médicales avaient ainsi jusqu'ici été menés, même si les médecins anesthésistes connaissent les recommandations de la SFAR. De la même manière, la prescription justifiée n'a pas été observée sur les logiciels ; et des bilans d'entrée systématiques sont demandés dans certains services.

Enfin, l'organisation **de l'EFS Île-de-France et de site** s'avère être source de surplus d'examens. D'une part, l'absence d'envoi digitalisé des demandes d'examens et des résultats est un facteur de surprescription. Les pertes, l'absence de dossier médical et par conséquent transfusionnel unique sur le GH (chaque service ayant son dossier patient, et donc son dossier transfusionnel) et la manque de temps et d'effectifs pour ranger les résultats sont en effet trois effets, induits ou amplifiés par le papier. D'autre part, le refus de l'EFS de site d'accepter jusqu'en janvier 2018 les résultats d'une détermination de groupage réalisée en laboratoire de biologie médicale de ville obligeait à effectuer de nouveaux examens. Les nouvelles modalités de prise en charge en chirurgie ambulatoire sur le groupe en 2018 ont toutefois été l'occasion de négocier avec l'EFS de nouvelles modalités.

*2.3.2.2. La surdemande d'EIH apparaît comme liée à une certaine culture d'établissement, que l'on retrouve chez les différents acteurs hospitaliers du processus transfusionnel.*

La surprescription est en effet liée à une **information et sensibilisation insuffisante** sur le sujet, tant médicale que soignante. Au niveau médical, l'oubli de la durée de validité de certains examens et le manque de réflexe sur les conditions de prolongation de leur validité<sup>78</sup> peut être à l'origine d'une prescription systématique, notamment chez les internes. Au niveau paramédical, les infirmiers reconnaissent être parfois à l'origine de la demande d'EIH, sans validation préalable ou régularisation *a posteriori* d'une prescription médicale, au mépris de leur décret de compétence. En outre, une méconnaissance générale des coûts des examens a été constatée sur le GH de la part des médecins comme de la part des soignants, et notamment des surcoûts appliqués la nuit, le dimanche et les jours fériés.

Surtout, une certaine **absence d'une « culture de la pertinence »** semble exister dans l'établissement. Au niveau médical, l'absence de cartographie formalisée du risque transfusionnel s'explique en effet par un certain conservatisme. Quantifier le risque hémorragique d'une intervention est vue par certains chirurgiens comme inutile, remettant

---

<sup>78</sup> Possibilité et conditions de prolongation d'une RAI sous 21 jours. Entretien avec un interne le 16/08/2018

en cause l'importance de leur spécialité<sup>79</sup>. En justifiant la non-réalisation d'un dossier transfusionnel, la détermination du risque hémorragique peut également être perçue comme une prise de risque par l'anesthésiste, surtout dans une structure hospitalière de grande taille où l'anesthésiste de consultation préopératoire n'est pas forcément celui qui sera présent au bloc. Au niveau soignant, la culture du « zéro risque » ou l'appréhension de voir la prescription de PSL refusée par l'EFS pour manque de résultats d'EIH incite à réaliser ou à demander une prescription en systématique.

---

<sup>79</sup> Entretien le 16/07/2018

### **3 De la surprescription à la « juste prescription » d'EIH : le choix non-exhaustif du groupe Pitié Salpêtrière - Charles Foix de se doter d'outils organisationnels et d'une stratégie d'acculturation.**

Suite au constat de surprescription, les HU Pitié Salpêtrière - Charles Foix ont choisi d'adopter un plan d'actions correctives afin d'optimiser leurs organisations, sans que celles-ci soient exhaustives (3.1). Pour être effectives, ces actions doivent être associées à une stratégie d'acculturation des pôles et des services à la « culture de la pertinence » en matière d'EIH (3.2). Ces outils et conditions, qui reposent sur un choix institutionnel, pourraient enfin être complétés par une réflexion sur l'incitation et l'encadrement à la « juste prescription » sur l'établissement (3.3).

#### **3.1 L'élaboration d'un plan d'actions correctives à court, moyen et long terme : un choix institutionnel visant à l'optimisation des organisations soignantes, médicales et informatiques du GH.**

##### **3.1.1 A court terme, il s'agit d'optimiser les comportements, procédures et organisations afin de réduire la demande d'examens redondants, en particulier les groupages.**

A court terme, l'établissement souhaite continuer à **mobiliser** autour **des bonnes pratiques** et **procédures transfusionnelles** par leur rappel systématique, la révision des procédures institutionnelles et la mise en place d'outils innovants afin de réduire les redondances de prélèvements IH. Préconisées par le groupe de travail, ces actions sont réalisées par l'unité d'hémovigilance et relayées par les cadres de proximité référents hémovigilants, en collaboration avec les cadres référents qualité et gestion des risques des pôles et les directions fonctionnelles sur les projets transversaux.

Le **respect des principes de base**, à savoir la bonne tenue du dossier transfusionnel et sa consultation systématique avant tout prélèvement, est ainsi en premier lieu régulièrement rappelé à l'occasion de **formations** ou sur les **supports internes**<sup>80</sup>. Ces actions, essentielles, ne sont néanmoins pas suffisantes<sup>81</sup> : d'une part parce qu'elles sont déjà à l'œuvre sur le groupe ; d'autre part parce que le manque de temps et de personnel empêchent souvent, sur le terrain, les cadres de proximité, en particulier les cadres référents hémovigilants, de relayer l'information sur les règles transfusionnelles et leur

---

<sup>80</sup> Voir annexe n°4.

<sup>81</sup> Entretien le 24/08/2018



évolution. L'unité hémovigilance et de sécurité transfusionnelle, qui assure les formations en lien avec la direction des soins, évoque également la difficulté à toucher les internes, leurs formations n'étant souvent organisées qu'à la suite d'un évènement indésirable transfusionnel ou sur demande d'un chef de service sensibilisé à cette thématique. Les textes règlementaires et recommandations de la SFAR sur la pertinence pré-transfusionnelle de la RAI (uniquement pour la délivrance de CGR) et les possibilités de prolongation du délai de validité de son résultat sur attestation médicale restent donc méconnus.

Devant ce constat, le groupe de travail a souhaité établir en second lieu des **outils innovants** afin de contribuer à limiter les prélèvements – et donc les EIH inutiles, en particulier les groupages<sup>82</sup>.

Le plan d'action prévoit ainsi que les **documents IH acceptés sur l'établissement fassent l'objet d'un dépliant<sup>83</sup> spécifique et pratique** : de format de poche, il peut servir d'« aide-mémoire » quant à la politique de l'EFS de site en matière de groupages :

- aucun prélèvement n'est nécessaire si une carte de groupe ou un compte-rendu de résultats IH mentionnant « au moins deux déterminations » de l'EFS Île-de-France est disponible ;
- un prélèvement est nécessaire si une carte de groupe réalisée par un laboratoire de biologie médicale de ville ou par un EFS hors Île-de-France, ou si un compte-rendu d'examen IH mentionnant une seule détermination est disponible ;
- deux prélèvements sont nécessaires si aucun document de groupage valide n'est disponible ;
- rappel de ce qu'est un document de groupage valide : obligation d'identification du laboratoire, de l'identité complète du patient et du détail sur la nature et la date des déterminations.

Le plan d'action recommande également d'instaurer une **nouvelle pratique**, à savoir la **demande** puis le **scan systématiques** de la carte de groupe du patient afin d'être rangée dans son dossier informatisé. En effet, un tel processus, innovant, permettrait d'éviter les principaux inconvénients du dossier transfusionnel papier dans l'établissement : perte, pas de transfert avec le patient, pas de lieu de rangement unique car propre à chaque service. Sa faisabilité nécessite trois étapes. D'abord, il faut déterminer la personne destinée à réceptionner et à scanner la carte de groupe, puis à l'intégrer au dossier patient informatisé. Sur l'établissement, le choix du groupe de travail se porte sur les personnels paramédicaux des services plutôt que les admissions. Les infirmiers et secrétaires médicaux, déjà sensibilisés à l'identito-vigilance, sont en effet les seuls à être certains d'accueillir les

---

<sup>82</sup> Le groupage ABO-D Rh Kell d'un patient ne varie en effet normalement pas au cours de la vie

<sup>83</sup> Voir annexe n°5.

patients (qui ne passent pas tous par les admissions), et ont déjà une habilitation pour accéder aux documents médicaux, dont fait partie la carte de groupe. Cette décision doit cependant être discutée en collaboration avec la cellule d'identito-vigilance puis actée en Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH). Ensuite, nous avons évalué la faisabilité technique de cette solution : une rencontre avec la Directrice des Systèmes d'Information<sup>84</sup> nous a ainsi rassurés sur la possibilité de numériser un document de carte de groupe avec les différents types de scanner puis de l'inclure dans le dossier patient ORBIS. Enfin, il reste désormais à articuler cette pratique avec la consultation du dossier transfusionnel papier afin de ne pas créer une dualité préjudiciable avec ce dernier, en attendant le dossier transfusionnel dématérialisé puis la connexion entre les bases de données patients hospitalières, de l'EFS et des laboratoires de ville.

Ces actions, qui se basent sur des équipes, des organisations et une structure technique déjà en place semblent assez simples à mettre en œuvre. Toutefois, elles apparaissent insuffisantes, seules, pour réduire, les examens redondants de manière significative. L'efficacité des formations et des supports dépendent en effet de l'intérêt et du temps consacrés par les soignants, tandis que le scan de la carte de groupe dépend d'abord de son apport par le patient, puis du réflexe des soignants à le consulter. Ces actions peuvent donc être résumées par le tableau décisionnel suivant.

Temporalité	Faisabilité	Efficacité
court terme	aisée	moyenne

3.1.2 A moyen terme, le plan d'actions préconise une modification de la stratégie et de l'encadrement de la prescription pour empêcher les examens prescrits de manière inappropriée ou redondante.

Le plan d'action préconise que soit établie dans chaque service de chirurgie une **stratégie de prescription** des EIH en fonction du risque d'y être transfusé. Bonne pratique recommandée par la HAS et la SFAR, cette stratégie de prescription se base sur la réalisation d'une cartographie du risque transfusionnel par type d'intervention. Une fois le risque transfusionnel pour chaque intervention défini, le service classe les interventions en fonction de ce risque, et y adapte sa stratégie de prescription. Si le risque transfusionnel est jugé trop faible, il est alors préconisé de ne plus réaliser de dossier transfusionnel – et donc de bilans immuno-hématologiques – préopératoires. Ainsi, en ne réalisant ces bilans

---

<sup>84</sup> Entretien le 08/08/2018

que pour les interventions classées à risque intermédiaire (1 à 5%) ou fort (>5%)<sup>85</sup> en chirurgie viscérale, endocrinienne et gynécologique, les Hospices Civils de Lyon ont connu des résultats significatifs. Au bout de cinq ans, le taux de patient ayant eu au moins un EIH a été divisé par trois<sup>86</sup> et le nombre d'EIH a diminué de 88% (- 3653 examens, soit plus de 31 K€ d'économies) sans risque supplémentaire pour le patient. De la même manière, la réalisation de ce travail de cartographie au CLCC Paul-Strauss à Strasbourg en 2015-2016 a abouti à protocoliser la prescription d'EIH uniquement pour les actes de gynécologie et les mastectomies totales en sénologie. Le consensus au sein de la littérature, et les taux d'adhésion rencontrés autour de ces pratiques – 100% au CLCC Paul-Strauss en 2017 – nous a logiquement amené à émettre cette préconisation. Pour la tester sur le G.H, l'un des anesthésistes du groupe de travail a proposé de réaliser une cartographie médicale « pilote » en neurochirurgie. Cette cartographie distingue ainsi les opérations à risque transfusionnel élevé (>1% : liaisons cérébrales, traumatismes crâniens, lambeaux...), nécessitant un dossier transfusionnel, les chirurgies avec un risque transfusionnel proche de 1% (rachis mécanique, neurinome de l'acoustique..) pouvant avoir un dossier transfusionnel sous certaines conditions, et les chirurgies à très faible risque transfusionnel, sans dossier transfusionnel sauf contexte particulier<sup>87</sup>. Ceci pourrait permettre de réduire les dossiers transfusionnels (de 2400 à 880 par an en neurochirurgie ) et ainsi les EIH préopératoires. Le risque pour le patient est nul, car le groupage et la RAI peuvent toujours être faits en urgence au bloc (prévision d'une augmentation des transfusions sans dossier transfusionnel en urgence vitale de 2 à 3 patients par an au maximum). Cette stratégie médicale parcimonieuse nous est ainsi apparue concluante, et est actuellement réfléchiée dans d'autres services (chirurgie maxillo-faciale...).

Au-delà du plan d'action, d'autres modifications de l'organisation de la procédure de prescription, déjà mises en place ailleurs, pourraient à l'avenir être étudiées par le groupe de travail.

D'une part, la redondance des EIH prescrits aux urgences a été réduite dans certains établissements grâce à la **protocolisation** d'un **partage des prescriptions et des prélèvements** entre le SAU et les services d'aval en matière de groupage. Pour mettre fin aux doublons liés à la réalisation ou à l'anticipation systématique d'un groupage (deux déterminations) aux urgences, l'HEGP et l'hôpital Henri-Mondor ont en effet établi des procédures organisationnelles<sup>88</sup> répartissant les prescriptions d'EIH et leurs prélèvements. Désormais, une seule prescription est réalisée par les urgences, et l'autre par le service d'aval si le besoin de transfuser se confirme, ce qui réduit les redondances (-38% de

---

<sup>85</sup> Conformément aux recommandations de la SFAR et de la HAS

<sup>86</sup> De 57% à 17%

<sup>87</sup> Saignement modéré prévisible et risque individuel augmenté

<sup>88</sup> Accord local à l'HEGP, feuille de suivi à Mondor

déterminations et de phénotypages à Henri-Mondor en 2016) et les résultats non-consultés<sup>89</sup>. Le SAU du CHU d'Angers, où ce constat de doublons existe aussi, relève une moindre connaissance de bonnes pratiques en anesthésie des médecins urgentistes lorsqu'ils anticipent le bilan préopératoire parfois sans demande de l'anesthésiste. Ceci renforce donc l'intérêt d'une protocolisation claire, d'autant que les SAU se caractérisent par une grande facilité à demander des examens complémentaires et des mouvements rapides de patients.

D'autre part, ces modifications du processus de prescription (stratégie, protocolisation interservices) pourraient être à terme complétées par une **politique de prescription** globale au niveau du G.H. La SFAR souligne en effet qu'une prescription encadrée (vérification des prescriptions informatisée, connaissances des coûts, groupages des demandes d'examens) peut aboutir jusqu'à une baisse de moitié des examens biologiques. En particulier, la justification explicite des examens réduirait jusqu'à 60% des examens de biologie sans événement indésirable grave. A ce titre, la faisabilité de mise en place d'une fenêtre informatique demandant le motif du choix d'EIH pour toute prescription pourrait être expertisée sur le groupe.

Ces outils, de moyen terme, dépendent de l'adhésion et de leur appropriation par le corps médical, ainsi que d'un effet d'entraînement, à l'instar du travail de cartographie. Leur mise en place peut ainsi être résumée par le tableau décisionnel suivant.

Temporalité	Faisabilité	Efficacité
moyen terme	sous conditions (appui médical)	élevée

### 3.1.3 Le plan d'actions suggère, à moyen ou long terme, de faire évoluer la prescription et le rendu des résultats d'EIH vers des systèmes digitalisés ainsi que connectés et interfacés avec l'EFS.

A moyen terme, le plan d'actions recommande d'accéder dès que possible au **dossier patient communicant transfusionnel (DPCT)**. Ce dossier transfusionnel, régional, constitue en effet une solution dématérialisée où l'EFS Île-de-France met à disposition les informations transfusionnelles connues de chaque receveur<sup>90</sup>. Développé depuis 2013 et actuellement en phase test au dépôt de sang du CH d'Argenteuil et sur un service du CHU

<sup>89</sup> Ces résultats sont en effet souvent arrivés aux urgences après le transfert du patient

<sup>90</sup> Protocoles, consignes et historique transfusionnels, PSL, analyses HLA, analyses IH

Henri-Mondor, le DPCT vise à offrir un accès sécurisé et immédiat aux analyses IH du patient par une requête du soignant. Il permettrait ainsi d'éviter les examens redondants à l'hôpital, comme le montre l'apport de solutions similaires au CHU d'Amiens et de Lille. Toutefois, le développement de ce système est lent (il aurait dû être en cours de déploiement depuis avril 2017) et suppose de préparer une véritable stratégie hospitalière. Chaque établissement de santé devra ainsi se porter volontaire, exprimer son besoin, accepter les conditions de l'EFS d'Île-de-France pour contractualiser avec lui. A plus long terme, la plateforme qu'offre le DPCT doit laisser la place à un **interfaçage** entre la base de données de l'EFS et le dossier patient informatisé ORBIS *via* un appel contextuel ou une injection directe des données. L'expérience des Hospices Civils de Lyon montre qu'une telle solution est pertinente, d'autant plus que la mise en place du numéro patient unique et commun (IPP) à l'AP-HP pourrait la faciliter.

En second lieu, à long terme, le plan d'actions préconise de développer à partir du DPCT la possibilité d'effectuer des **demandes connectées d'EIH** et de PSL depuis la prescription ORBIS et qui seraient visibles sur le plan de soins infirmier. Cette démarche de prescription connectée permettrait une meilleure ergonomie pour le personnel soignant mais surtout une traçabilité accrue, avec la possibilité de consultation des antécédents du patient et la mise en place d'une alerte en cas de doublons de prescription que souligne l'ANAP. Elle contribuerait donc à réduire les redondances de prescriptions et les prélèvements inutiles, en améliorant la qualité de la prise en charge.

Ces solutions, de long terme, nous apparaissent plus complexes à mettre en œuvre. Elles doivent en effet d'abord de préférence être portées par l'AP-HP, tant en raison de son poids institutionnel que des enjeux de la pertinence d'examen pour l'ensemble de ses GH. C'est l'un des buts d'une note présentant les résultats du groupe de travail au Directeur Général de l'AP-HP. Ensuite, l'élaboration de ces outils numériques est liée à la tenue d'une négociation et d'une contractualisation avec l'EFS Île-de-France, qui ne dépend pas des hôpitaux. Enfin, toute action sur ORBIS, encore en cours de déploiement sur le GH, doit prendre en compte les contraintes, techniques et temporelles de celui-ci. Le tableau décisionnel de ces actions est ainsi le suivant.

Temporalité	Faisabilité	Efficacité
long terme	complexe	très élevée

### **3.2 Afin d'être efficace, le plan d'actions doit s'inscrire dans une stratégie d'acculturation des pôles et services à la culture de la pertinence en matière d'EIH.**

L'acculturation, soit le processus par lequel une personne ou un groupe assimile une culture étrangère à la sienne, est, en sociologie, l'une des conditions de la modification d'un modèle de fonctionnement. En matière de pertinence IH, elle nécessite de conjuguer quatre conditions sur l'établissement.

#### **3.2.1 L'acculturation suppose d'abord une sensibilisation et une information permanente sur la thématique transfusionnelle.**

La sensibilisation et l'information en matière d'EIH passe en premier lieu par la formation. La SFAR et la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) soulignent en effet que la **formation initiale et continue** est importante du fait des croyances erronées, de l'évolution des connaissances et recommandations en matière de transfusion sanguine. A cet égard, les CHU ont une responsabilité particulière dans la formation des jeunes médecins à la prescription. La formation médicale et paramédicale est ainsi un des leviers des actions d'amélioration et du changement de culture au service d'accueil des urgences de l'hôpital Henri-Mondor de l'AP-HP. Ce constat explique que les formations faites par l'équipe hémovigilance au sein des HU Pitié Salpêtrière-Charles Foix dans les services se poursuivent. Toutefois, la formation est loin d'être le seul élément d'information et de sensibilisation, et serait même, seule, insuffisante. Ainsi, la **diffusion de l'information** sur le coût des examens à tous les prescripteurs fait l'objet d'un consensus pour la SFAR, tandis qu'en informer également les soignants les sensibiliseraient, notamment pour les EIH demandés en dehors des horaires ouvrés, qui font l'objet d'un supplément. Par ailleurs, le manque de temps et le stress au travail<sup>91</sup> des soignants expliquent qu'ils préfèrent souvent prélever que rechercher un hypothétique résultat IH valide. Ainsi, **impliquer et fédérer** les personnels autour d'un projet de service visant à améliorer la qualité du soin et à diminuer leur charge de travail apparaît mobilisateur<sup>92</sup>.

---

<sup>91</sup> LEVECK M., JONES C. *The nursing practice environment, staff retention, and quality of care*. Res Nurs Health 1996;331-43

<sup>92</sup> La littérature montre en effet que la satisfaction du personnel au travail est associée par la littérature à la qualité et la pertinence du soin

### 3.2.2 L'acculturation passe ensuite par l'émergence d'une démarche de performance liée à l'évaluation qualitative ou quantitative des pratiques.

L'acculturation passe par l'**évaluation**, indissociable de la mise en place d'une démarche de performance. Cette évaluation concerne d'une part l'**évaluation des pratiques**. L'absence de réévaluation des pratiques et habitudes médicales est en effet évoquée comme l'un des facteurs de surprescription aux urgences du CHU d'Angers. *A contrario*, c'est dans le cadre d'un programme d'analyse et d'amélioration des pratiques professionnelles que le SAU de l'hôpital Henri-Mondor a remis en cause son organisation de demande d'EIH. D'autre part, l'évaluation passe par la mise au point d'**indicateurs**, de suivi comme de ciblage. En effet, l'implication des équipes dans des modifications d'organisation et de fonctionnement nécessitent l'appui de données objectivées, chiffrées et régulièrement diffusées. L'expérience lyonnaise des HCL en matière de cartographie relève ainsi que « le taux de transfusion par type d'intervention (...) a été déterminante par la participation des équipes qui l'ont retenue comme indicateur ». Le choix d'indicateurs n'est toutefois pas chose aisée. Un bon indicateur peut ainsi être considéré comme économique à créer et à suivre, pertinent pour toucher les bons enjeux, ponctuel pour permettre un état des lieux en temps voulu, fidèle dans la retranscription de la réalité et lisible<sup>93</sup>. En matière d'EIH, la création d'indicateurs est d'autant plus délicate que peu existent. Pour mesurer la pertinence et le suivi de la demande de groupage aux SAU, le CHU de Mondor a ainsi simplement retenu le ratio « Nombre de déterminations de groupe sanguins/nombre de patients transfusés » et « le nombre de groupages sanguins ABO Rh Kell » ; tandis que les indicateurs IPAQSS de la HAS retracent la bonne tenue du dossier patient, notamment anesthésique et transfusionnel.

En accord avec la Direction des Affaires Financières (DAF) du Groupe Hospitalier, nous avons définis plusieurs **indicateurs de suivi** des dépenses EIH pour 2018 :

- l'évolution annuelle des quantités et montants d'EIH par pôle et services ;
- l'évolution mensuelle des dépenses d'EIH par pôle et services ;
- l'évolution des quantités et montants d'examen IH par unité hospitalière ;
- l'évolution des quantités des principaux examens<sup>94</sup> par pôle et services ;
- le nombre de groupages/nombre de patients transfusé<sup>95</sup>

Ces indicateurs de suivis, transmis à la DAF et aux pôles, contribuent donc à un suivi global (annuel, par pôle et par service) et fin (par unité d'analyse, par mois) des EIH et sont communiqués selon leur pertinence aux différents acteurs (direction, pôles, services). Il est

---

<sup>93</sup> DEMEESTERE R, 2005, *le contrôle de gestion dans le secteur public*, LGDJ, 230p.

<sup>94</sup> Groupage ABO-D ; Phénotypage Rh-Kell, dépistage RAI

<sup>95</sup> Pas encore mis en place en août 2018 pour des raisons techniques

à noter que ces indicateurs ne se focalisent pas sur les situations de surdemande d'EIH identifiées par le groupe de travail, tant pour ne pas exclure les examens inappropriés de l'analyse qu'en raison de l'aspect chronophage de construction de ces indicateurs dédiés. Mais ces analyses pourront être ponctuellement réalisées par l'unité d'hémovigilance.

En matière **d'indicateurs de cible**, nous avons établi une cible de baisse des dépenses d'EIH de 75 K€ pour le dernier semestre 2018, déclinée par pôle à la fois en fonction de leur poids dans les dépenses du dernier semestre 2017 et des effets calendaires.

Mêler ces deux dimensions des indicateurs, à la fois de cible et de suivi, nous apparaît pertinente pour deux raisons. Ils servent d'une part d'outils à la disposition du pilotage global et polaire de l'établissement<sup>96</sup> ; et constituent d'autre part des vecteurs d'acculturation à une démarche de performance, susceptible de dépasser ou d'intéresser les conservatismes dans l'établissement.

### 3.2.3 L'acculturation nécessite un pilotage pluridisciplinaire de projet afin d'inclure les cultures et contraintes des différents acteurs.

La **mise en place de groupe de pilotage hospitalier pluridisciplinaire** constitue un élément essentiel d'acculturation. D'une part, ce groupe fédère des individus et *a fortiori* leurs équipes, qui n'ont pas toujours l'habitude de travailler ensemble. Ainsi, sur le GH, le groupe de travail a fédéré des médecins anesthésistes, la pharmacienne correspondante hémovigilante et deux membres de l'équipe de direction ; chacun apportant avec lui ses contacts et habitudes de travail pour faire avancer le projet. C'est ainsi qu'un des médecins anesthésistes a pu lancer une cartographie pilote ou que le scan et l'insertion d'une carte de groupe a pu faire l'objet d'un échange dans de brefs délais avec la direction des systèmes d'information. C'est encore de cette façon que des comportements soignants décelés lors des formations hémovigilances ont été portés à la connaissance du reste du groupe de travail. D'autre part, ce pilotage a permis d'associer différentes expertises et connaissances. Nos recommandations sont en effet le résultat de la mutualisation d'habitudes médicales de prescription, d'une expérience des pratiques soignantes et du circuit transfusionnel, ou encore d'une capacité de synthèse et de cadrage de projet.

---

<sup>96</sup> La connaissance de l'évolution des volumes et des dépenses étant « un élément indispensable de maîtrise des coûts » selon la Cour des Comptes



### 3.2.4 L'acculturation est enfin facilitée par une relation de confiance avec l'EFS.

L'acculturation passe en dernier lieu par une **relation de confiance** avec le site transfusionnel de l'EFS. Le positionnement de l'EFS Île-de-France en faveur de la pertinence des examens et des prélèvements IH, considéré comme vecteur de qualité transfusionnelle est d'une part une opportunité pour travailler sur un intérêt partagé. A l'image de l'EFS Alpes-Méditerranée, l'EFS Île-de-France supprime en effet suite à redondance, i.e. qu'il ne réalise pas – et ne facture pas – une partie des examens IH redondants du fait de la présence d'antériorités valides dans leur base. Ce processus a permis d'annuler 12% des examens sur la Pitié Salpêtrière – Charles Foix en 2016, soit une économie 210 K€. D'autre part, l'EFS Île-de-France s'avère être un partenaire précieux au quotidien dans la lutte contre les erreurs. Ainsi, en 2016, l'EFS a annulé les examens bloqués suite à des erreurs d'étiquetage (30 en 2016 sur le G.H) et les prélèvements détectés comme non-conformes du fait de deux prélèvements réalisés simultanément (149 sur le G.H en 2016). En ce sens, la méfiance et les tensions parfois relevées entre les personnels du GH et les techniciens de l'EFS, réelles, ne doivent pas occulter la collaboration quotidienne et efficace entre les deux entités.

### 3.3 **Au-delà des actions déjà engagées, une réflexion sur l'incitation et l'aide à la juste prescription d'EIH peut, à l'avenir, encore être envisagée sur le GH.**

#### 3.3.1 L'intéressement collectif, un outil de gouvernance incitatif et fédérateur autour du projet de « juste prescription ».

L'efficacité du plan d'actions sur les différents pôles pourrait être amplifiée par l'intéressement de ceux-ci aux résultats, à condition que cet intéressement y soit collectif, afin de s'accorder avec l'activité hospitalière, qui, « fondamentalement collective, engage par nature même des équipes »<sup>97</sup>. Pour l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), l'intéressement collectif constitue en effet d'une part un retour sur investissement des efforts collectifs consentis par les équipes, quitte à ce que la rétribution soit faible ou symbolique<sup>98</sup>. Selon l'un des anesthésistes du groupe de travail, c'est ainsi un *incentive* « visant à récompenser les comportements vertueux d'un pôle ou d'un service ». D'autre part, la littérature s'accorde pour considérer l'intéressement collectif comme un levier de management pour l'encadrement, en motivant, fédérant, et responsabilisant les équipes. E. Mayo relève ainsi que l'importance de la dynamique de groupe, fondée sur un sentiment

---

<sup>97</sup> DIEFENBACHER M., Rapport tendant à créer une commission d'enquête sur la gestion des entreprises publiques afin d'améliorer le système de prise de décision, 2003, 20p.

<sup>98</sup> ZEGGAR H., VALLET G., TERCERIE O., Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, 2010, 124p.

d'appartenance à une équipe soudée pour la motivation individuelle<sup>99</sup>. « Carotte » et levier managérial sur son principe, l'intéressement collectif se heurte néanmoins, pour sa mise en place à trois contraintes du monde hospitalier. D'une part, l'organisation hospitalière complexe fait dépendre la qualité et l'efficacité de prise en charge de la coordination dans le temps et dans l'espace d'une pluralité d'acteurs sur des trajectoires de patients d'une grande variabilité ». D'autre part, il faut prendre en compte la méfiance du monde hospitalier envers des techniques de management vues comme venant du privé et de sa recherche de profit, au détriment même de l'intérêt général. Enfin, l'hôpital est composé de pôles – et *a fortiori* de services – bénéficiaires et déficitaires : poser les mêmes objectifs à tous peut paraître inéquitable, voire un facteur de crispations. En matière d'EIH, la réflexion autour de l'intéressement collectif – fixé par le directeur d'établissement qui « définit les modalités d'une politique d'intéressement »<sup>100</sup>, après concertation en directoire puis avis de la CME et du CTE - semble donc devoir respecter trois conditions. Elle doit d'une part se fonder sur des indicateurs de qualité transversaux (nombre d'examens évités, taux de patients transfusés sur le nombre d'examens, tenue du dossier patient ou anesthésique) autant que sur des critères financiers (économies de dépenses d'examens). D'autre part, elle doit reposer sur des objectifs possiblement négociés par contractualisation interne et adaptés à chaque pôle (gravité des malades,...). Ce respect doit enfin amener une rétribution, financière ou non, pour le pôle vertueux.

### 3.3.2 La seniorisation de la prescription d'EIH aux urgences, une réflexion encore à développer.

L'autre levier d'un passage vers une « juste » prescription d'EIH est sa **seniorisation**, au moins dans les services d'urgences des CHU. Les nombreuses études qui y ont été effectuées<sup>101</sup> étayent en effet l'existence d'un lien entre seniorisation des prescriptions et baisse de la demande d'examens complémentaires, notamment biologiques, et en particulier IH. Ainsi, une étude à l'AP-HM de 2000 montre que l'encadrement des résidents par des seniors y a engendré une baisse de 13.8% de la dépense par patient des prescriptions d'examens biologiques courants<sup>102</sup>. Une évaluation à Nantes révèle que les examens de biologie figurent parmi les examens complémentaires les plus systématiquement prescrits (31%)<sup>103</sup> et associe à un tiers de prescriptions jugées non-

---

<sup>99</sup> MAYO E., *The Human Problems of an Industrial Civilization*, 1933, Harvard UP, Cambridge Mass

<sup>100</sup> Art. L.6143-7 du CSP

<sup>101</sup> A Angers, Nantes et Marseille

<sup>102</sup> L'autre facteur explicatif étant la formation à la médecine d'urgence

<sup>103</sup> GERBEAUX P., LEDORAY V., TORRO D. et al. « Impact de la « seniorisation » sur les prescriptions d'examens de biologie dans un service d'accueil et des urgences » in *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, janvier 2000, p. 62-66

pertinentes un taux de seniorisation des prescriptions de 19.5%. Dans ce contexte, l'encadrement et l'aide à la prescription des praticiens junior apparaît comme un levier possible aux urgences de CHU. Toutefois, sa mise en œuvre doit être temporaire, par exemple en début de semestre, et veiller à ne pas surcharger l'encadrement médical, par nature restreint, afin d'éviter un transfert de tâches du junior vers le senior. La seniorisation relève donc d'un arbitrage, que pourrait examiner le groupe hospitalier.

---

METAIREAU E., GOFFINET N., VIGNAUD F. et al. « Incidence des examens complémentaires prescrits aux patients admis au circuit debout des urgences » 2018, site de la société française de médecine d'urgence

## Conclusion

Mener une politique de juste prescription en matière d'EIH se révèle aujourd'hui pertinente à l'hôpital. Elle répond en effet d'une part à un besoin. Ses enjeux pour la qualité et la sécurité des soins comme d'efficacité budgétaire et organisationnelle de la prise en charge la placent ainsi au cœur des attentes du patient. En particulier, le constat de surprescription voire de surdemande, constaté sur site, en fait aujourd'hui une priorité. D'autre part, tout en respectant la liberté et l'individualisation de la prescription et les contraintes des organisations de service, de nombreux leviers existent. Organisationnels, ils impliquent une refonte des pratiques et procédures soignantes et administratives, ainsi que repenser les organisations médicales. Le développement de systèmes de communications numériques et connectés en est l'un des autres prérequis. Mais la pertinence est également une culture hospitalière, qui implique la mise en place d'une démarche de sensibilisation, d'évaluation et de concertation entre les différents acteurs. En ce sens, le directeur d'hôpital a toute sa place, de par son rôle de pilotage en faveur d'une logique de performance dans l'intérêt du patient.

C'est néanmoins un changement coûteux. Faire évoluer les pratiques, les habitudes, les organisations et les mentalités n'est jamais simple et suppose, outre les outils, l'engagement de tous. Le directeur ne pourra ainsi pas se passer de l'adhésion soignante, élément-clé du processus transfusionnel, pour lesquels changer les pratiques et les réflexes suppose des organisations adaptées et l'évolution de leur sentiment de responsabilité lié à la réalisation d'EIH. L'appui du corps médical est crucial : le changement des pratiques de prescription nécessite en effet l'élaboration de stratégies et d'organisations médicales ne heurtant ni la conscience professionnelle du médecin, ni sa liberté individuelle de prescrire. La bonne entente avec l'EFS est enfin indispensable : garant du bon fonctionnement du circuit transfusionnel, c'est en effet lui qui décide des documents et prélèvements acceptés, et donc des examens prescrits ; mais aussi du tempo en matière d'évolution des systèmes d'information. L'acculturation sera longue, et pas forcément significative à court terme. Elle n'en demeure pas moins nécessaire : c'est l'une des conditions d'émergence d'une médecine sobre dépassant la médecine de la redondance « qui veut se donner des allures de précaution [et] n'est bien souvent que le masque d'une paresse intellectuelle et d'une peur à assumer des choix courageux »<sup>104</sup>.

---

<sup>104</sup> Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE), avis n° 101 « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », 28 juin 2007, p.28

Bientôt, la juste prescription ne sera sans doute plus un choix, mais une nécessité. Critiquée dans le rapport Véran<sup>105</sup> pour sa prise en compte insuffisante de la qualité des soins et de leur pertinence, la tarification à l'activité (T2A) pourrait en effet, demain, laisser sa place à une tarification mixte incluant la prise en compte du parcours de santé<sup>106</sup>. En partant de la « valeur » du soin, incluant à la fois son coût et sa pertinence, l'Assurance-Maladie devrait ainsi prendre à l'avenir en compte le champ global du parcours, et notamment des « scénarios de soins » incluant les actes et examens connexes, au sein desquels se situent les EIH. Cette évolution a pour elle de sembler répondre à une attente sociétale : en 2017, 64 % à 72% des français considéraient ainsi qu'une autre rémunération qu'à l'acte serait « positive et juste »<sup>107</sup>. Les conditions de prescription et la réalisation d'EIH, malgré leur faible volume, y deviendront alors encore plus décisives.

---

<sup>105</sup> VERAN O., Rapport. L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur, 2017, 133p.

<sup>106</sup> HAS, Colloque, « La pertinence, du concept à l'action » Paris, 14 novembre 2017. Intervention de Madame Amanteras de Saxcé

<sup>107</sup> Fédération Hospitalière de France, « La pertinence des actes et examens médicaux », 2017, étude Odoxa.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

DEMEESTERE R., 2005, *le contrôle de gestion dans le secteur public*, LGDJ, 230p.

MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*, 1982, Paris, Edition des organisations, 484p.

## Périodiques et revues

ASSO-BONNET M., ANDRE C., LENET P., et al. « Dossier patient communiquant transfusionnel » in *Transfusion Clinique et Biologique* 24(3S) (2017) 322–381.

AUGEY L., PIRIOU V., « Pertinence des examens immuno-hématologiques en préopératoire : expérience lyonnaise » in *Transfusion Clinique et Biologique* 23 (2016) 264–272.

BALION D., SIGNAC E., PUJOL S. « Complétude du dossier transfusionnel en pré-interventionnel : évaluation des pratiques professionnelles (EPP) » in *Transfusion Clinique et Biologique* 23 (2016) 284–311.

BANSARD A., LECOLIER S., « Sensibilisation des soignants à l'importance de l'identitovigilance dans la sécurité de la chaîne transfusionnelle » in *Transfusion Clinique et Biologique* 23 (2016) 273–283.

BÖGE G., LAROCHE J-P., « Le *Choose Wisely* en médecine vasculaire. Du concept à l'application pratique », *Journal de Médecine Vasculaire* n°42, Issue n°2, Mars 2017, p. 96-97.

BRICCA P., « Gestion des examens immuno-hématologiques en obstétrique et situations rares » in *Transfusion Clinique et Biologique* 23 (2016) 264–272.

DAMAIS-CEPITELLI A., BERGER E., BETBEZE V. « Évaluation de la réalisation des prélèvements pour groupage sanguin : audit multicentrique une semaine » in *Transfusion Clinique et Biologique* 23 (2016) 273–283.

DELEPLANQUE P., REFRAY S., LEVY B., « Évaluation des délais et de la pertinence des transfusions nocturnes aux urgences du centre hospitalier de Niort » in *Transfusion Clinique et Biologique* 21 (2014) 251–277.

DUBOIS M-C., MOISSET V., SAUVAGE A. et al. « Redonner du sens aux deux déterminations de groupe sanguin » in *Transfusion Clinique et Biologique* 23 (2016) 273–283.

FERRERA-TOURENC V., DETTORI I., CHIARONI J. et al. « Pour une organisation transfusionnelle sécuritaire aux risques et coûts maîtrisés : l'expérience APHM-EFSAM » in *Transfusion Clinique et Biologique* 20 (2013) 15–20.

GARIN L., DOLANGE H., « Évaluation des Pratiques Professionnelles sur les groupes sanguins et recherche d'anticorps irréguliers à l'hôpital Neurologique des Hospices Civils de Lyon », in *Transfusion Clinique et Biologique* 21 (2014) 243–250.

GINOT, J. RIBOU G., GOUIRY J-C. « Transfuser en Europe », in *Transfusion Clinique et Biologique* 24(3S) (2017) 322–381.

GOUEZEC H., MICHINOV E., « Enquête sur les pratiques professionnelles de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance: attitudes des soignants, barrières et facilitateurs » in *Transfusion Clinique et Biologique* 24(3S) (2017) 322–381.

HAMM V., FERRY R., VOUYOVITCH C. et al. « Impact d'un EPP sur la prescription des examens immuno-hématologiques préopératoires » in *Transfusion Clinique et Biologique* 24(3S) (2017) 322–381.

LASSALE B., BESSE-MOREAU M., AULLEN J-P. « Pourquoi réviser la circulaire du 15 décembre 2003, relative à l'acte transfusionnel ? » in *Transfusion Clinique et Biologique* 21 (2014) 223–226.

LASSALE B., DETTORI I., « Pertinence des examens d'immuno-hématologie : expérience AP-HM » in *Transfusion Clinique et Biologique* 23 (2016) 264–272.

LETAIEF M., HASSINE M., BEJIA I., et al. « Connaissances et pratiques du personnel soignant en matière de sécurité transfusionnelle » in *Transfusion Clinique et Biologique* 12 (2005) 25–29.

MORTIMER A., JOHNSON R., « Routine pre-operative blood testing : is it necessary », in *Anaesthesia*, septembre 2002.

PY J-Y., JUTANT T., MOUCHET C., et al. « Mais où est donc passée la carte de groupe de mon patient ? » in *Transfusion Clinique et Biologique* 21 (2014) 243–250.

### **Supports et textes juridiques**

Arrêté du 26 avril 2002 *modifiant l'arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale.*

Arrêté du 15 mai 2018 *fixant les conditions de réalisation des examens de biologie médicale d'immuno-hématologie érythrocytaire.*

Décision du 12 mars 2018 de l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie *relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie.*

Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 *portant code de déontologie médicale*

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 *relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.*

Projet de Loi de Financement pour la Sécurité Sociale (PFLSS) de 2018, *dossier de presse.*  
Source : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_plfss\\_28-09-17vdef.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plfss_28-09-17vdef.pdf).

Stratégie Nationale de Santé, 2018-2022, p.54.

### **Etudes, rapports, guides**

Agence Nationale d'Appui à la Performance : « Zéro Papier pour soigner : pourquoi, comment ? », *Rapport*, novembre 2017, p.14

Assemblée Nationale, *Rapport sur la proposition de loi portant réforme biologie médicale*, 2013, p.30.

AUGEY L., MICHEL C., LAPLACE M-C., et al. « Mise en œuvre des recommandations formalisées d'experts de la SFAR pour la réalisation des examens pré-interventionnels appliquées aux examens immuno-hématologiques » in *Anesthésie Réanimation*, mars 2016; tome 2 n°2: 81–87.

BACHELET A., «*Evaluation du bilan préopératoire des traumatisés de membres isolés au Service d'Accueil des Urgences du CHU d'Angers en vue d'une rationalisation des prescriptions. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine*», 2015-2016, 59p.

Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE), avis n° 101 « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », 28 juin 2007, p.13.

Cour des Comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale*, Septembre 2013, p.384

Cour des Comptes, *Les transformations du service public de la transfusion sanguine*, 2010, p.185.

DOMY P., MOULIN G., FRECHOU D. et al. « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé », *Rapport des Conférences hospitalières*, mars 2014, 32p.

DIEFENBACHER M., *Rapport tendant à créer une commission d'enquête sur la gestion des entreprises publiques afin d'améliorer le système de prise de décision*, 2003, 20p.

DOZOL A, GANA I., Cocagne N. et al. « Identifier, maîtriser et suivre la consommation d'actes de biologie dans un établissement de santé », in *Pratiques et Organisation des Soins* vol. 41 n° 2, avril-juin 2010

Etablissement Français du Sang, *L'EFS en chiffres, Rapport d'activité*, 2016, p.11

Fédération Hospitalière de France, « La pertinence des actes et examens médicaux », 2017, étude Odoxa. Source :<http://www.odoxa.fr/sondage/francais-professionnels-de-sante-demandent-actes-utiles-lutter-contre-actes-medicaux-inutiles/>

GERBEAUX P., LEDORAY V., TORRO D. et al. « Impact de la « seniorisation » sur les prescriptions d'examens de biologie dans un service d'accueil et des urgences » in *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, janvier 2000, p. 62-66.

Haute Autorité de Santé, Agence Nationale du Médicament et des Produits de Santé, « Transfusion de globules rouges homologues : produits, indications alternatives », Recommandations, novembre 2014, p.19.

LEHOT J.J., CLEC'H C. et al « Pertinence de la prescription des examens biologiques et de la radiographie thoracique en réanimation : Recommandation Formalisée d'Experts commune à la Société Française d'Anesthésie Réanimation et la Société de Réanimation en Langue Française », 2012, 26p.

METAIREAU E., GOFFINET N., VIGNAUD F. et al. « Incidence des examens complémentaires prescrits aux patients admis au circuit debout des urgences » 2018, site de la société française de médecine d'urgence. Source : <https://www.urgencesdirectinfo.com/medias/voir/incidence-des-examens-complementaires-prescrits-aux-patients-admis-au-circuit-debout-des-urgences-/3152>

MOCON A., MCRITCHIE D., THARANI A. « Le pré-op', pas toujours nécessaire ! Outil pour réduire les visites et les examens inutiles à la clinique préopératoire », 2016. Source :



<https://docplayer.fr/75154840-Le-preop-pas-toujours-necessaire-outil-pour-reduire-les-visites-et-les-examens-inutiles-a-la-clinique-preoperatoire-version-1-0.html>

MORNEX René, *Améliorer la pertinence des stratégies médicales, Rapport public de l'Académie de Médecine*, 8 avril 2013, p.2

VERAN O., *Rapport. L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur*, 2017, 133p.

ZEGGAR H., VALLET G., TERCERIE O., « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », *Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales*, 2010, 124p.

### **Site internet, ressources en ligne**

Colloque de la Haute Autorité de Santé « La pertinence, du concept à l'action », Paris, 14 novembre 2017, Interventions de Mme Sandra VERNERO et de Mme ARMANTERAS de SAXCE, *site internet de la HAS*, 2017.

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

SHELLIAN B., LEVINSON W., « When more is not always better: choosing nursing interventions wisely », in *Nursing Leadership*, décembre 2016.

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1499665/fr/quelles-definitions-pour-la-pertinence-des-actes](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1499665/fr/quelles-definitions-pour-la-pertinence-des-actes)

[https://www.maxisciences.com/sang/transfusion-sanguine-definition-comment-cela-se-passe-et-y-a-t-il-des-risques\\_art39361.html](https://www.maxisciences.com/sang/transfusion-sanguine-definition-comment-cela-se-passe-et-y-a-t-il-des-risques_art39361.html)

<https://www.bnds.fr/dictionnaire/rmo.html>

<http://www.e-sante.fr/coombs-direct-indirect-test-coombs-direct-indirect/guide/429>

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE n°1 : Benchmarking sur les solutions d'échanges de données dématérialisées dans d'autres CHU.**

**ANNEXE n°2 : Tenue du dossier transfusionnel dans les services.**

**ANNEXE n°3 : Etude sur les 6 pôles les plus consommateurs (hors gériatrie) en 2017.**

**ANNEXE n°4 : Procédure des documents IH acceptés sur le GH Pitié Salpêtrière - Charles Foix**

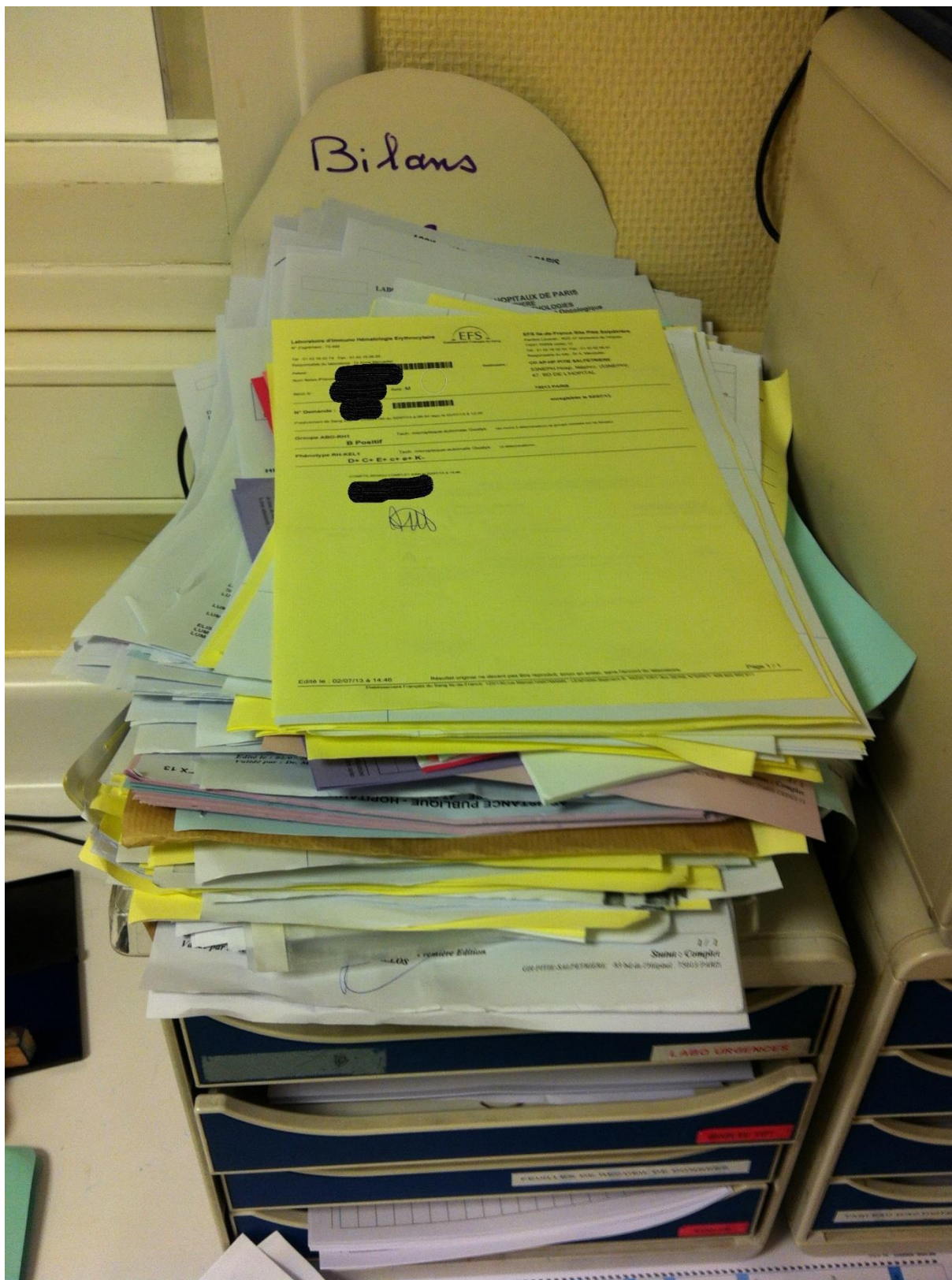
**ANNEXE n°5 : Dépliant spécifique sur les documents IH acceptés sur l'établissement Pitié Salpêtrière – Charles Foix**

**ANNEXE n°1 : Benchmarking sur les solutions d'échanges de données dématérialisées dans d'autres CHU.**

	<b>Modalités de transmission informatisée des résultats IH et consultation</b>
<b>APHM</b>	Echange informatique via plateforme ANTARES des résultats de laboratoire
<b>CHU Angers</b>	Envoi informatique qui s'insère dans le dossier patient sous format PDF et qui est utilisable pour la délivrance PSL
<b>CHU St Etienne</b>	Le Dossier Transfusionnel (DT) est directement accessible par le dossier patient informatisé (DPI) avec possibilité d'édition des prescriptions de PSL  <i>Aucune diminution du nombre de prélèvements depuis 2015 malgré une bonne utilisation de la part des IDE.</i>
<b>CHU Nîmes</b>	Le Dossier Transfusionnel (DT) est directement accessible par le dossier patient informatisé (DPI) par le médecin et par l'IDE.
<b>CHU Caen</b>	Résultats EFS accessibles via une plateforme dématérialisée ANTARES
<b>CHU Lille</b>	Le Dossier Transfusionnel est directement accessible par le dossier patient informatisé via appel contextuel. Alarme informant de la disponibilité de résultats et validité des RAI. L'ajout de l'alarme a entraîné une diminution des prélèvements en 2017 alors qu'aucune diminution significative n'avait été constatée auparavant

	Prescription informatisée de PSL faite par le médecin avec bascule directe au site de délivrance de l'EFS.
<b>CHU Amiens</b>	Récupération des résultats IH de l'EFS depuis peu dans le dossier transfusionnel Carte scannée par l'établissement de soins dans le dossier patient informatisé Dx Care
<b>Hospices Civils de Lyon</b>	Les résultats IH sont injectés par l'EFS dans le système d'information hospitalier.

**ANNEXE n°2 : Tenue du dossier transfusionnel dans les services.**

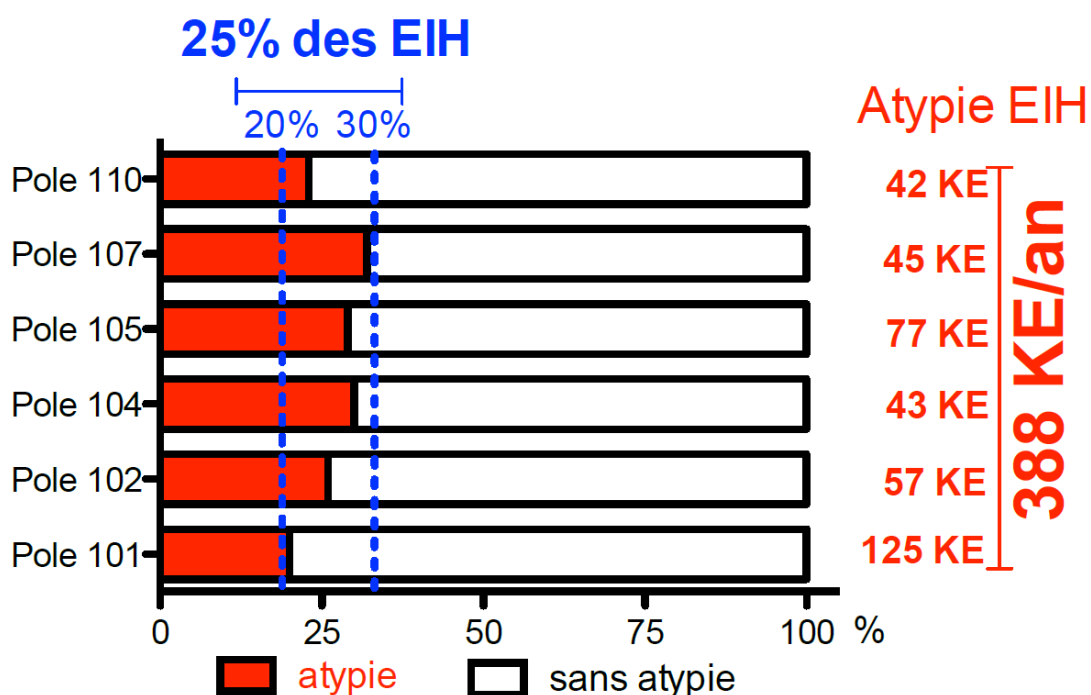


**ANNEXE n°3 : Etude sur les 6 pôles les plus consommateurs (hors gériatrie) en 2017.**

Tableau

Critères/Pôles	Pôle 101	Pôle 102	Pôle 104	Pôle 105	Pôle 107	Pôle 110	Total (6 pôles)
<b>Critère ABO-D&gt;2</b>	9 336 €	3 787€	2 726€	9 212€	4 186€	2 795€	32 043€
<b>Critère Phéno RH-K &gt;2</b>	9 336 €	3 787 €	2 726 €	9 212 €	4 186€	2 795 €	32 043€
<b>Critère RAI &gt;=1 sans transfusion</b>	91 232 €	30 611 €	37 197 €	44 021 €	24 087€	1 137 €	228 285€
<b>Critère RAI &gt;=2 en moins de 3 jours</b>	14 674 €	19 112 €	221 €	14 689 €	12 115€	34 844 €	95 655€
<b>Total atypique par pôle hors suppléments</b>	124 578 €	57 296 €	42 871 €	77 134 €	44 574€	41 572 €	<b>388 025€</b>
<b>Total dépenses EFS par pôle</b>	623 153€	220 497 €	144 753€	268 932€	140 555€	180 487€	1 578 376€
<b>Total atypique pôle hors suppléments (%)</b>	20%	26%	30%	29%	32%	23%	<b>25%</b>

Schéma



## ANNEXE n°4 : Procédure des documents IH acceptés sur le GH Pitié Salpêtrière - Charles Foix



### DOCUMENTS PRE-TRANSFUSIONNELS VALIDES ET ACCEPTES AU GHPS

**Avant d'effectuer tout prélèvement d'examen IH, il est impératif de rechercher l'existence d'un document antérieur valide dans le dossier transfusionnel / dossier médical du patient afin de le joindre à la demande de PSL et d'éviter tout prélèvement inutile. Selon les cas, aucun, un ou deux prélèvement(s) sera/seront nécessaire(s). Les différents cas sont détaillés dans l'encadré ci-dessous.**

Les documents de groupage sanguin valides et acceptés par le site transfusionnel de l'Etablissement Français du Sang (EFS) Pitié Salpêtrière pour délivrance de PSL sont :

- une carte de groupe EFS Pitié-Salpêtrière ou EFS Ile-de-France
- un compte-rendu des résultats d'examen d'immuno-hématologie érythrocytaires mentionnant 2 déterminations de l'EFS Pitié-Salpêtrière ou EFS Ile-de-France
- une carte de groupe d'un laboratoire de biologie médicale de ville ou EFS hors Ile-de-France\*
- un compte-rendu des résultats d'examen d'immuno-hématologie érythrocytaires mentionnant une seule détermination de l'EFS Pitié-Salpêtrière / Ile-de-France / hors Ile-de-France ou d'un laboratoire de biologie médicale de ville \*

*\*Attention dans ces deux derniers cas de figure, ces documents seront considérés comme étant UNE SEULE détermination. Si aucun historique n'est connu à l'EFS Ile-de-France, alors un prélèvement sera nécessaire en vue d'une 2<sup>ème</sup> détermination. La stricte concordance de tous les traits d'identification est obligatoire entre le document de groupage fourni, l'historique connu ou le prélèvement le cas échéant et la prescription de PSL (nom de naissance, nom usuel, prénom, sexe, date de naissance).*

Un document de groupage valide (carte de groupe ou un compte-rendu des résultats d'examen) doit faire mention de :

- L'identification du laboratoire qui a édité et validé le document (nom du laboratoire, adresse, téléphone et signature du biologiste)
- L'identification du patient (nom de naissance, nom usuel, prénom, sexe, date de naissance)
- Le ou les résultat(s) de chaque détermination précisant le groupe ABO-RH1 ainsi que le phénotype RH-KEL1 avec la date de réalisation de la ou des deux déterminations

*Attention, toute mention manuscrite ou étiquette apposée sur le document invalide ce dernier.*

Le délai de validité des RAI est de 3 jours. Ce délai peut être prolongé à 21 jours sur indication formelle du prescripteur lorsque le résultat de la RAI est négatif et en l'absence d'antécédent transfusionnel, de greffe ou de grossesse dans les six mois précédents (attestation de prolongation de RAI).

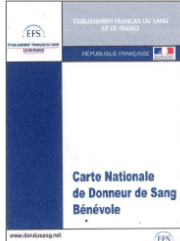
**Rappel : Un groupe sanguin n'est définitif et valide qu'après 2 déterminations sur 2 prélèvements distincts et si possible par 2 personnes différentes**

**Pratique interdite par la réglementation : prélever les 2 déterminations de groupe ABO (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup>) en même temps (pratique à risque - non-conformité majeure IH)  
Faute professionnelle**

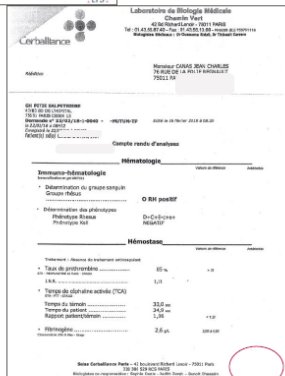
**Attention, en urgence et dans le cas où les documents IH ne sont pas disponibles, des prélèvements en vue d'un groupage devront être faits avant toute transfusion.**

# ANNEXE n°5 : Dépliant spécifique sur les documents IH acceptés sur l'établissement Pitié Salpêtrière – Charles Foix

## 2 PRELEVEMENTS NECESSAIRES



Carte de donneur de sang



Compte-rendu de résultats Immun-Hemato de ville sans la signature du biologiste → joindre toutes les pages du compte-rendu

### Quelques rappels :

- Un document de groupage valide (carte de groupe ou un compte-rendu des résultats d'examen) doit faire mention de :
  - L'identification du laboratoire qui a édité et validé le document (nom du laboratoire, adresse, téléphone et signature du biologiste)
  - L'identification du patient (nom de naissance, nom usuel, prénom, sexe, date de naissance)
  - Le ou les résultat(s) de chaque détermination précisant le groupe ABO-RH1 ainsi que le phénotype RH-KEL1 avec la date de réalisation de la ou des deux déterminations

Attention, toute mention manuscrite ou étiquette apposée sur le document invalide ce dernier.

La stricte concordance de tous les traits d'identification est obligatoire entre le document de groupage fourni, l'historique connu ou le prélèvement le cas échéant et la prescription de PSL (nom de naissance, nom usuel, prénom, sexe, date de naissance).

**Pratique interdite par la réglementation :** prélever les 2 déterminations de groupe ABO (1ère et 2ème) en même temps (pratique à risque - non-conformité majeure IH)  
**Faute professionnelle**

### Coordonnées utiles :

Unité d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle : 60617 et 60618  
Site transfusionnel EFS : 60274 ou 60270 (24h/24h)

### Références documents utiles disponibles sur SOWEB:

- FTEC-0311 : Documents pré-transfusionnels valides et acceptés au GHPS
- MODO-0699 : Prélèvement et demande d'examen d'immuno-hématologie pré-transfusionnels

Date de création du document : septembre 2018

## QUEL DOCUMENT DE GROUPAGE EST ACCEPTÉ PAR L'EPS PITIE SALPETRIERE ?

### 1, 2 OU AUCUN PRELEVEMENT ?

Avant d'effectuer tout prélèvement d'examen IH, rechercher l'existence d'un document antérieur valide dans le dossier transfusionnel / dossier médical du patient afin d'éviter tout prélèvement inutile.

Selon les cas, aucun, un ou deux prélèvement(s) sera/seront nécessaire(s).



Si aucun document Immuno-Hémato n'est retrouvé contacter l'EFS pour connaître l'historique du patient et ainsi le nombre de prélèvement(s) nécessaire(s)

## 0 PRELEVEMENT NECESSAIRE



Carte de groupe de l'EFS Pitié-Salpêtrière ou d'un autre EFS de l'Île-de-France

## 1 SEUL PRELEVEMENT NECESSAIRE



Compte-rendu de résultats Immuno-Hémato de l'EFS Pitié-Salpêtrière ou d'un autre EFS Île-de-France mentionnant une seule détermination (=aucun autre historique connu à l'EFS)

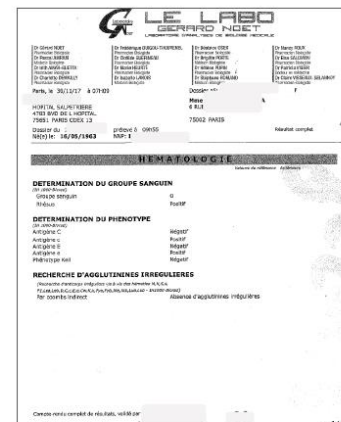
(une seule détermination de groupe connue sur ce dossier)



Une carte de groupe sanguin valide d'un laboratoire de ville



Carte de groupe d'un EFS hors Île-de-France



Compte-rendu de résultats Immuno-Hémato valide d'une seule détermination faite en ville



Compte rendu de résultats Immuno-Hémato de l'EFS Pitié-Salpêtrière ou d'un autre EFS Île-de-France mentionnant au moins 2 déterminations (= au moins une autre détermination est connue à l'EFS IdF)

(au moins 2 déterminations de groupe connues sur ce dossier)



BLART

Laurent

Octobre 2018

## DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2017-2019

### **La juste prescription d'examens immuno-hématologiques, levier de qualité, de sécurité et d'efficacité aux hôpitaux Pitié Salpêtrière – Charles Foix.**

#### **Résumé :**

Annoncée comme l'un des chantiers prioritaires de la future réforme du système de santé, la **juste prescription** s'impose aujourd'hui comme un levier à enjeux pour l'hôpital public. Synonyme de médecine pertinente, elle constitue d'abord le point de rencontre entre la médecine normative, fondée sur des référentiels, et la médecine de l'individu, basée sur les particularités du patient. Ensuite, c'est la médecine qui soigne à la fois mieux, en assurant la sécurité et la qualité des soins, et au moindre coût, en veillant à l'efficacité financière et organisationnelle des établissements de santé. Enfin, la sobriété qu'elle porte appelle à une prise de conscience, en France comme à l'étranger, de la surconsommation d'actes et d'examens, d'autant plus paradoxale qu'elle l'est dans un contexte budgétaire contraint.

Face à ce changement de paradigme, vouloir agir tous azimuts peut vite aboutir à l'impuissance. L'ampleur du champ de la prescription, son individualisation, la nécessaire liberté du médecin mais aussi le poids des organisations qui l'entourent plaident en effet pour une politique sectorielle, réfléchie et partagée. Ce mémoire se consacre donc à l'étude des **examens immuno-hématologiques** (EIH), demandés avant toute transfusion sanguine pour en assurer la sécurité et qui ont fait l'objet cette année d'un groupe de travail pluridisciplinaire aux hôpitaux universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix.

Après en avoir décortiqué les enjeux, l'état et les causes établis dans la littérature, ce mémoire a d'abord cherché à confirmer et quantifier la **surdemande d'EIH** sur le terrain. Devant l'ampleur du phénomène – au bas mot 25% des examens prescrits, soit plus de 400 K€ – son analyse a permis d'en établir le caractère systémique sur le groupe hospitalier, puis d'en dégager des leviers d'actions. Organisationnels, ces leviers impliquent d'une part le rappel des bonnes pratiques soignantes, de nouvelles organisations médicales et le développement de systèmes de prescription et de rendus des résultats connectés. D'autre part, la pertinence nécessite pour réussir un changement de culture hospitalière avec la mise en place d'une démarche de sensibilisation, d'évaluation et de concertation entre les différents acteurs.

Culturels comme organisationnels, ces leviers expliquent que le **directeur d'hôpital** ait toute sa place dans le pilotage d'une politique de juste prescription dont il doit fédérer les acteurs au service d'une vision transversale. Avec l'évolution vers une tarification au parcours des établissements de santé, ce rôle d'appui à la pertinence devient plus décisif que jamais.

**Mots clés :** juste prescription ; pertinence des actes ; examens immuno-hématologiques ; dossier transfusionnel ; Etablissement français du Sang ; surdemande ; bonnes pratiques soignantes ; formation ; stratégie de prescription ; politique de prescription ; prescription connectée ; interconnexion des systèmes d'informations ; pilotage par indicateurs ; performance ; acculturation ; intéressement collectif, seniorisation de la prescription.

*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.*