

---

**Filière DH**  
Promotion : **2017-2018**  
Date du Jury : **octobre 2018**

---

# **Agir en faveur de la pertinence des soins à l'hôpital**

**Du diagnostic à la mise en œuvre d'un plan  
d'actions, l'exemple d'une démarche  
institutionnelle d'amélioration de la pertinence  
des soins au CHU de Reims.**

---

**Léa THUILLEAUX**

---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier le Docteur Florentin Clere, médecin coordonnateur de la Gestion des Risques associés aux soins au CHU de Reims, d'avoir été un encadrant mémoire attentif, disponible et aidant. Nos échanges ont toujours été éclairants et son expérience a contribué à enrichir mon approche du sujet.

Je souhaite également exprimer toute ma gratitude à Mme Guillemette Spido, pour avoir été une maître de stage disponible, inspirante et toujours enthousiaste. En m'offrant un positionnement adéquat et enrichissant au sein de l'équipe et à travers ses conseils avisés, elle a largement contribué à faire de ce stage de direction une expérience riche.

Mes remerciements vont aussi à toutes les personnes sollicitées lors de la réalisation de ce mémoire, pour des entretiens, des avis et des relectures, au sein ou en-dehors du CHU de Reims. Le temps accordé et le partage de leur vision de la pertinence des soins ont été précieux pour mener à bien ce travail.

Je remercie également sans les nommer l'ensemble des membres de l'équipe de direction du CHU de Reims, pour leur accueil chaleureux au sein de l'établissement et la confiance accordée, notamment au cours des gardes administratives et du plan blanc.

Plus largement, merci à toutes les personnes avec qui j'ai eu l'occasion de travailler lors de ce stage.

Enfin, mes pensées vont à Mathias, qui sait « pertinemment » pourquoi, à ma famille formidable, et à mes amis rennais Marie, Lucie, Claire, Evan, Mélisande et Eric, pour ces deux merveilleuses années iodées à l'EHESP.

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Levier de performance à la main du directeur d'hôpital et objet d'exigences croissantes de la part des tutelles, la pertinence des soins se situe au cœur des préoccupations hospitalières actuelles</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 <u>La pertinence : un sujet complexe, uniquement médical et hors de portée des directeurs d'hôpital?</u></b> .....	<b>4</b>
1.1.1 Un sujet complexe qui suscite de multiples interprétations et dont les enjeux et intérêts à agir diffèrent selon les acteurs .....	4
1.1.2 Un sujet éminemment médical et souvent assimilé à une volonté de maîtrise comptable des dépenses par les acteurs hospitaliers lorsqu'il est porté par des directeurs .....	5
1.1.3 La pertinence est également devenue un sujet sensible pour les patients, alors même que ceux-ci peuvent être à l'origine de soins non-pertinents.....	7
<b>1.2 <u>Les enjeux actuels de la pertinence pour le directeur d'hôpital : un sujet stratégique situé au carrefour d'injonctions parfois paradoxales et d'intérêts différents voire divergents</u></b> .....	<b>9</b>
1.2.1 La pertinence est un sujet crucial pour le directeur d'hôpital, justifiant que celui-ci s'en saisisse .....	9
1.2.2 S'intéresser aux enjeux de la pertinence des soins en santé conduit le directeur d'hôpital à trouver un équilibre entre ses multiples fonctions, et à s'interroger sur les contradictions propres à son action. ....	11
<b>1.3 <u>Des attentes progressivement renforcées en matière de pertinence vis-à-vis des établissements de santé : l'exemple de la région Grand Est</u></b> .....	<b>13</b>
1.3.1 La pertinence des soins, une thématique qui renvoie à des préoccupations anciennes et non spécifiques à la France. ....	13
1.3.2 La pertinence des soins devient un objectif plus concret compte tenu des enjeux sanitaires et financiers, et se matérialise par des formes de contractualisation à l'échelle régionale .....	17
1.3.3 L'exemple de la région Grand Est permet d'illustrer l'impulsion d'une démarche régionale en faveur de la pertinence .....	20

<b>2 Comment engager et mener une démarche de réflexion et d'action pour améliorer la pertinence au sein d'un établissement de santé ? L'exemple du CHU de Reims .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 <u>Etat des lieux passé et présent des travaux engagés en faveur de la pertinence des soins au CHU de Reims</u>.....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Les premières expérimentations en faveur de la pertinence des soins au CHU de Reims, prometteuses mais attestant d'un manque de lisibilité, de coordination et de vision d'ensemble .....	23
2.1.2 Le début d'une véritable démarche proactive en faveur de la pertinence des soins	26
<b>2.2 <u>La méthodologie adoptée pour porter une démarche de pertinence des soins au CHU de Reims : le choix de l'inclusion dans la démarche qualité et d'une co-construction du plan d'actions</u> .....</b>	<b>28</b>
2.2.1 Le choix de promouvoir la pertinence des soins comme un axe de la démarche qualité du CHU de Reims, co-construit avec les acteurs de terrain et porté par la direction générale et la communauté hospitalière .....	28
2.2.2 Présentation des principaux éléments du diagnostic et du plan d'actions : l'ambition d'une approche transversale et évolutive de la pertinence des soins .....	31
2.2.3 Enseignements tirés de l'expérience du CHU de Reims .....	35
<b>2.3 <u>Recommandations pour une application opérationnelle efficace et reproductible de la démarche de promotion de la pertinence des soins dans les établissements publics de santé</u> .....</b>	<b>36</b>
2.3.1 Prioriser et piloter.....	36
2.3.2 Mobiliser les équipes et les ressources .....	39
2.3.3 Communiquer et intégrer les patients dans la démarche d'amélioration de la pertinence des soins.....	41
<b>Conclusion .....</b>	<b>44</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>I</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>V</b>

Ps : mettre à jour via la touche F9

---

## Liste des sigles utilisés

---

ABIM : *American board of internal medicine*

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CANP : Commission de l'accueil non programmé

CAQES : Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

CBUM : Contrat de bon usage du médicament

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CME : Commission médicale d'établissement

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

COMEDIMS : Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DFASM2 : 2<sup>ème</sup> année du Diplôme de formation approfondie en sciences médicales

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMS : Durée moyenne de séjour

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GHUC : Groupement hospitalo-universitaire de Champagne

IFAQ : Incitation financière à la qualité

IQSS : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

HAS : Haute-autorité de santé

IRAPS : Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

MSAP : Mise sous accord préalable

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

PAPRAPS : Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T2A : Tarification à l'activité

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

## Introduction

« (...) *Nous avons trop souvent et longtemps répondu à des problématiques de qualité par de la quantité d'actes, ce n'était pas la bonne réponse.* » Ces mots ont été prononcés par Emmanuel MACRON, Président de la République, à l'occasion de son discours au congrès de la Mutualité Française à Montpellier, en date du 13 juin 2018. Reflétant le principe selon lequel « plus de quantité, cela ne veut pas dire plus de qualité », cette phrase illustre le premier des cinq grands chantiers de la stratégie de transformation de notre système de santé présentés par Agnès BUZYN, Ministre des Solidarités et de la Santé lors de son élocution au CH d'Eaubonne-Montmorency quelques mois auparavant : « Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques ». Elle fait également écho à l'axe trois de la Stratégie Nationale de santé 2018-2022, formulé de la façon suivante : « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population ». Ces exemples attestent de l'omniprésence actuelle de la thématique et du terme-même de « pertinence des soins » au sein des discours politiques et du débat public en matière de politique de santé.

La notion de pertinence des soins renvoie à la notion de « juste soin », plus ancienne pour sa part, qui désigne un soin « *approprié, strictement nécessaire, adapté aux besoins des patients et conforme aux meilleurs standards cliniques* »<sup>1</sup>. La définition d'un acte de soin pertinent pourrait être, selon les mots d'Agnès BUZYN -alors présidente de la Haute-Autorité de Santé (HAS)- « *le bon acte, pour le bon patient, au bon moment* ». En élargissant le champ à toutes les dimensions de la pertinence des soins (les pratiques telles que les actes chirurgicaux et interventionnels, les actes d'imagerie et de biologie, les prescriptions médicamenteuses, les séjours et journées d'hospitalisation - admission, durée d'hospitalisation- et jusqu'aux parcours et modes de prise en charge - hospitalisation complète ou ambulatoire, soins de suite et de réadaptation (SSR) ou kinésithérapie en ville), on peut donc considérer qu'un soin pertinent est un soin nécessaire et approprié<sup>2</sup> au patient qui en bénéficie. Juger de la pertinence d'un soin, que celle-ci relève d'un pays, d'une institution ou d'un professionnel, suppose de prendre en compte l'environnement dans lequel il s'insère, la pertinence des soins étant d'une part une notion à la fois qualitative et quantitative intimement liée à son contexte géographique et historique, et, d'autre part, un sujet autant individuel (tout acte, intervention ou prescription non pertinents peuvent avoir un effet délétère sur le patient) que collectif. La littérature aborde tant la notion de pertinence que celle, antagoniste, de non pertinence ;

<sup>1</sup> Définition du rapport du Sénat juillet 2017

<sup>2</sup> La notion d' « *appropriateness* » en anglais désigne la pertinence.

celle-ci peut être par défaut (correspondant alors à un sous-usage du système de santé), par excès (il s'agit ici au contraire d'un sur-usage, voyant la réalisation d'actes inutiles, redondants, et susceptibles d'entraîner des complications ou des effets secondaires aux patients) et il existe enfin de la non-pertinence par cause de non-respect des indications et standards cliniques, autrement dit un mésusage des soins et/ ou du système de santé.

La pertinence des soins n'est pas récente en France, mais elle a acquis une place prédominante au sein du débat public depuis peu, en raison de sa capacité à résoudre un paradoxe apparent : celui de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans un contexte de tensions et de restrictions sur l'équilibre des finances publiques. En effet, la notion de pertinence des soins « *intervient au carrefour d'un contexte financièrement contraint, qui incite à limiter les dépenses inutiles, et d'une préoccupation grandissante pour la qualité des soins et la sécurité du patient* »<sup>3</sup>. Ainsi, la pertinence des soins constitue à la fois un levier d'amélioration des pratiques et de la qualité et sécurité des soins (en ce qu'elle permet au patient de bénéficier des soins qui lui sont strictement nécessaires tout en lui évitant les soins, effets indésirables et séjours hospitaliers inutiles qui pourraient constituer des dangers pour lui) et un levier d'efficience du système de santé (puisque environ 25% des soins dispensés dans les pays développés seraient sans valeur ajoutée pour la santé<sup>4</sup>). En effet, en dépit de l'absence de chiffres précis, il apparaît que la non-pertinence constitue aujourd'hui l'un des premiers facteurs de progression des dépenses et d'inefficience des systèmes de santé, à une époque où l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) estime à près d'un cinquième de la dépense de santé<sup>5</sup> les gaspillages en tous genres.

Pourquoi traiter des enjeux de la pertinence des soins à l'occasion d'un mémoire professionnel d'élève directeur d'hôpital ? Tout d'abord, la recherche d'efficience et d'amélioration du système de santé passant notamment par une bonne utilisation des ressources hospitalières, il est naturel que la pertinence concerne les établissements de santé. De plus, la pertinence des soins représente un objectif de plus en plus crucial pour les hôpitaux, au même titre que l'ensemble des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dont elle constitue l'une des dimensions. Ceci est d'autant plus vrai qu'à la suite des travaux d'Olivier VERAN<sup>6</sup> notamment, l'une des réformes pressenties du système de santé pourrait consister à placer la pertinence au cœur du dispositif et en particulier du système de financement. Par ailleurs, la pertinence des soins

---

<sup>3</sup> FOUCHARD A., « La pertinence : nouvelle justification pour faire des économies ou nouvelle dimension de la qualité des soins ? », *Actualités et Dossiers en Santé Publique* n°92, septembre 2015, p. 10-13

<sup>4</sup> Selon France Asso Santé, ex-Comité inter associatif sur la santé, dans son communiqué de presse du 15 mars 2017

<sup>5</sup> OCDE, « Lutter contre le gaspillage dans les dépenses de santé », 2017

<sup>6</sup> En particulier son rapport sur « L'évolution des modes de financement des établissements de santé », 2016

fait et fera l'objet d'une attention renforcée des établissements de santé, puisqu'elle est au cœur d'injonctions paradoxales auxquelles est soumis le manager hospitalier, co-responsable de l'amélioration de l'état de santé de la population à laquelle la pertinence des soins contribue et au sujet de laquelle les Agences régionales de santé (ARS) et l'assurance maladie structurent leurs exigences, mais aussi garant de la bonne marche financière de son établissement, encore majoritairement financé grâce aux recettes de l'assurance maladie, qui dépendent elles-mêmes de l'activité. Enfin, il semble utile de contribuer à mieux se saisir d'une notion simple et de bon sens mais qui est particulièrement difficile à mettre en œuvre dans son opérationnalité compte tenu des multiples champs à explorer et de l'absence de méthode ou modèle uniques.

Ce mémoire vise donc à répondre aux questions suivantes :

- Quels sont aujourd'hui les enjeux en matière de pertinence des établissements publics de santé et comment peuvent-ils s'en saisir et la décliner en leur sein?
- En quoi cette démarche relève-t-elle de la responsabilité du directeur d'hôpital ?
- Comment un établissement public de santé peut-il concrètement s'engager dans une démarche d'amélioration de la pertinence des soins ?

Il s'agira dans un premier temps de démontrer que si la pertinence constitue un sujet ancien, elle devient une préoccupation majeure des établissements publics de santé, dont le directeur d'hôpital doit se saisir au regard des enjeux qu'elle présente et des exigences renouvelées des organismes de tutelle (I).

Dans un second temps, sur la base de l'exemple du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Reims, nous nous attacherons à présenter les principaux éléments constitutifs d'une démarche globale, participative et concrète d'amélioration de la pertinence des soins et nous tenterons d'identifier les bonnes pratiques utiles à d'autres établissements de santé (II).

La réflexion s'appuie sur le cas particulier du CHU de Reims, et a pu être également alimentée par des témoignages provenant des trois autres établissements publics de santé présentant une taille et une activité similaires dans la région Grand Est : le CHRU de Nancy, les Hospices Universitaires de Strasbourg (HUS), le Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville.

# **1 Levier de performance à la main du directeur d'hôpital et objet d'exigences croissantes de la part des tutelles, la pertinence des soins se situe au cœur des préoccupations hospitalières actuelles**

## **1.1 La pertinence : un sujet complexe, uniquement médical et hors de portée des directeurs d'hôpital?**

### **1.1.1 Un sujet complexe qui suscite de multiples interprétations et dont les enjeux et intérêts à agir diffèrent selon les acteurs**

La pertinence constitue une notion complexe à bien des égards. Tout d'abord, ses définitions sont nombreuses et les notions synonymes également, à l'image de la « médecine sobre » évoquée par le Pr Bernard GUIRAUD-CHAUMEIL<sup>7</sup>. Bien que certaines définitions, dont celle de l'HAS, soient régulièrement citées, la délimitation du champ couvert par la pertinence n'est pas aisée. De plus, ce dernier évoluant avec la médecine, la technologie et les recommandations de bonnes pratiques, les critères-mêmes de la pertinence se doivent d'être toujours réactualisés afin de ne pas être en décalage avec les nouveaux standards scientifiques, les pratiques ou les possibilités techniques.

Par ailleurs, il s'avère difficile de matérialiser la pertinence ou plutôt la non-pertinence. Chiffrer précisément les coûts (humains, en termes de perte de chance ou de qualité de vie, financiers etc.) de la non-pertinence est une entreprise ardue qui conduit généralement à des approximations et des estimations de sous-catégories de la pertinence: ainsi, la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la Commission des affaires sociales du Sénat sur la pertinence des soins représentée par son rapporteur général, M. Jean-Marie VANLERENBERGHE, de noter que : « (...) *les soins de faible valeur ne sont nulle part pleinement et précisément quantifiés (...)* »<sup>8</sup>. Cette difficulté à définir et chiffrer la pertinence et la non-pertinence a pour conséquence principale que les acteurs du système de santé (professionnels hospitaliers et de ville; services prescripteurs et services de biologie, de pharmacie, d'imagerie) peuvent être tentés de se décharger respectivement de leurs responsabilités, considérant que la non-pertinence provient avant tout des autres.

Ce risque est d'autant plus important que les enjeux varient selon les acteurs. En effet, si l'objectif du système de santé -à travers la pertinence- d'améliorer la qualité des

<sup>7</sup> Pr B. GUIRAUD-CHAUMEIL – « La formation idéale d'un médecin », *Les tribunes de la santé*, 2007

<sup>8</sup> VANLERENBERGHE J-M., « Améliorer la pertinence des soins, un enjeu majeur pour notre système de santé », Sénat, 2017.

soins, et in fine la santé de la population, est en principe partagé par tous, il existe au quotidien des intérêts à agir différents.

Ainsi, l'Assurance maladie porte un intérêt tout particulier à la pertinence car elle s'attache à vérifier que les prises en charge sont justifiées, les ressources justement allouées et les assurés équitablement traités. Plus particulièrement, l'enjeu de garantir le respect d'un taux de progression de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) chaque année renforce l'intérêt porté à la pertinence. Ainsi, en 2017, le taux de progression fixé était de +2.1% et parmi les divers champs d'économies apparaissaient la « *pertinence du recours au système de soins, visant à réduire les actes inutiles ou redondants tant en établissements de santé qu'en ville (1 1135M€)* »<sup>9</sup>.

Les professionnels du soin ont avant tout à cœur d'améliorer leurs pratiques afin de dispenser des soins de haute qualité aux patients. Toutefois, dans un contexte de financement reposant principalement sur l'activité, directement (professionnels libéraux) ou indirectement (dans les établissements de santé), cet objectif peut entrer en contradiction avec des objectifs économiques des acteurs.

Pour les patients, améliorer la pertinence signifie bénéficier de soins de meilleure qualité, plus appropriés et moins dangereux, mais le renoncement à certains soins pourtant non-pertinents n'est pas chose aisée dans une société attachée au principe d'égalité de traitement et qui a tendance à valoriser les soins *per se*.

Les enjeux en matière de pertinence diffèrent également en fonction des régions, selon leur situation démographique, épidémiologique, socio-économique, environnementale et parfois politique. Les ARS auront donc pour cible différents types de soins non-pertinents.

### **1.1.2 Un sujet éminemment médical et souvent assimilé à une volonté de maîtrise comptable des dépenses par les acteurs hospitaliers lorsqu'il est porté par des directeurs**

A première vue, la pertinence des soins apparaît comme une notion d'abord médicale. En effet, elle relève tout d'abord d'un principe fondateur de l'activité quotidienne de l'exercice du médecin : « *primum non nocere* »<sup>10</sup>, que l'on traduit par « d'abord ne pas nuire ». Ce principe a été progressivement transformé au cours du temps en démarches structurées reposant sur la qualité de soins, la gestion des risques associés aux soins, et la médecine fondée sur les preuves<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> Cour des Comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », 2017, p 121. La Cour des Comptes met toutefois en exergue dans son Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2017 que les économies réalisées en 2016 sur le champ de la pertinence et du bon usage des soins -1082 millions d'euros- étaient inférieures à la cible -1200 millions d'euros-.

<sup>10</sup> La paternité de cette locution est incertaine mais habituellement rattachée à Hippocrate, dans son *Epidémies*.

<sup>11</sup> MICHEL P., « *Prévenir de la médecine* », ADSP n° 92, septembre 2015, p 2

Par ailleurs, la pertinence des prescriptions et de l'orientation des patients dans le système de santé relève principalement de l'appréciation du médecin et donc du « *principe d'indépendance professionnelle dont bénéficie le médecin dans l'exercice de son art* », érigé au rang des principes généraux du droit<sup>12</sup>. De là, l'acceptation parfois difficile du corps médical d'un regard extérieur critique sur ses pratiques et ses habitudes, et le sentiment d'ingérence dans le « colloque singulier » éprouvé par les professionnels.

En outre, rechercher à améliorer la pertinence présente le risque de voir s'opposer des règles générales de prescription et le principe d'individualisation de chaque prise en charge : la relation qui lie le patient à son médecin ne peut se réduire à des grands principes de bonne prescription ; elle comporte une dimension humaine et psychologique importante, qui ne peut se soumettre au seul raisonnement objectif et générique.

Il faut également préciser que la pertinence d'un acte ou d'un séjour se juge non seulement au regard de recommandations médicales générales fondées sur le plan scientifique, mais aussi, au cas par cas, à l'aide d'informations spécifiques du patient, de nature médicale mais aussi sociale, familiale etc., que le médecin peut connaître.

Le souhait d'encourager les professionnels de santé à faire preuve de pertinence peut, par ailleurs, être mal interprété et cet objectif de « sobriété »<sup>13</sup> est encore souvent interprété comme un objectif d'économie, dans un contexte de contrainte budgétaire.

Tout d'abord, les objectifs d'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité du système de santé ont été longtemps pensés de façon antagoniste, contradictoire voire irréconciliable, sous-entendant que « plus, c'était mieux ». Aujourd'hui, la volonté d'améliorer la pertinence des soins est encore régulièrement interprétée comme un moyen supplémentaire de réaliser des économies : « *Pour les soignants qui vivent au quotidien les conséquences économies imposées par les établissements de santé, par les agences régionales de santé et par le ministère, la pertinence des soins reste encore un concept flou. Il est souvent dominé par l'impression qu'il s'agit d'une nouvelle justification pour réduire encore les moyens dont ils disposent, pour surveiller leurs pratiques et finalement pour faire peser la pression de tout un système sur eux* »<sup>14</sup>. C'est donc notamment la concomitance entre des mesures en faveur de la pertinence et des exigences de rigueur budgétaire qui peut contribuer à une confusion de l'une dans l'autre.

Pour l'assurance maladie, si comme elle le précise dans son rapport « Charges et produits » pour 2017 « *l'objectif de ces actions (ndlr de promotion de la pertinence) n'est pas de « faire des économies », il est de soigner mieux, à un coût supportable pour la collectivité. Car la recherche de gains de productivité, il faut le rappeler, n'est pas*

<sup>12</sup> Tribunal des Conflits. 14 février 2000. Bull. n°2.

<sup>13</sup> Pr B. GUIRAUD-CHAUMEIL – « La formation idéale d'un médecin », *Les tribunes de la santé*, 2007

<sup>14</sup> A. FOUCHARD ., « La pertinence : nouvelle justification pour faire des économies ou nouvelle dimension de la qualité des soins ? », *Actualités et Dossiers en Santé Publique* n°92, septembre 2015, p. 10-13

*contradictoire avec l'amélioration de la qualité des soins* », la thématique de la pertinence des soins s'inscrit tout de même dans le prolongement de la démarche plus ancienne de maîtrise médicalisée des dépenses de santé à destination des soins de ville.

Celle-ci s'est illustrée notamment par les « références médicales opposables », précédent qui a heurté les médecins libéraux. En effet, ces recommandations de bonnes pratiques médicales, créées par la convention médicale dans le but affiché d'éviter les prescriptions abusives, visaient également dans les faits à introduire une régulation médicale « cachée » des dépenses de santé. Bien que non obligatoires, la présence du « O » des références médicales obligatoires a pu être interprétée par les médecins de ville comme allant à l'encontre de leur liberté de prescription et du respect du colloque singulier.

Au sein des établissements de santé, a fortiori dans ceux présentant une situation financière dégradée et devant mettre en œuvre des mesures de retour à l'équilibre, l'impulsion d'une démarche de pertinence peut donc facilement être assimilée aux objectifs de réduction des dépenses par les services de soins, rendant plus difficiles leur adhésion et leur implication.

Cependant, si la réduction des dépenses de santé est bel et bien l'un des objectifs de la démarche de pertinence, il n'est pas pour autant prioritaire et l'on peut en effet envisager un accroissement des dépenses de santé si celui-ci vise à limiter la non-pertinence par sous-usage du système de santé, et sert ainsi l'objectif d'équité dans l'accès aux soins.

De plus, la pertinence ne constitue pas uniquement un sujet médical.

### **1.1.3 La pertinence est également devenue un sujet sensible pour les patients, alors même que ceux-ci peuvent être à l'origine de soins non-pertinents**

A l'image des attentes en matière de qualité de prise en charge et d'association aux décisions de santé qui les concernent, l'opposition aux risques de la non-pertinence par les usagers du système de santé, notamment au-travers de leurs représentants, est croissante. Ceci se comprend d'autant mieux que l'adéquation aux besoins du patient et la prise en compte de ses préférences constituent deux dimensions déterminantes de la pertinence en santé. Ainsi, au-delà d'une politique de réduction des événements indésirables évitables, des soins pertinents supposent l'information complète du patient, sur le soin concerné mais aussi sur l'ensemble des alternatives possibles, et sa participation active à la prise de décision initiale finale et intermédiaire.

Les associations de patients et d'usagers en particulier se sont saisies de cette question. Mobilisées depuis longtemps sur des sujets comme les risques de la

surmédicalisation, l'importance du deuxième avis ou l'information complète du patient sur le bénéfice-risque des interventions et prescriptions le concernant, la notion-même de pertinence est entrée dans leur vocabulaire. Au même titre que les représentants des fédérations hospitalières et des unions régionales des professionnels de santé, elles font partie des instances régionales d'amélioration de la pertinence des soins –consultée sur le projet de plan d'actions au sein des régions- depuis 2015<sup>15</sup>. De plus, le point de vue de 19 usagers du système de santé –dont 9 issus d'associations- a été sollicité en octobre 2017 par la HAS à l'occasion de son colloque annuel 2017 « La pertinence des soins : du concept à l'action ». Enfin, Alain-Michel CERETTI, président de France Asso Santé, est l'un des trois co-pilotes du chantier n°1 de la stratégie de transformation du système de santé<sup>16</sup> : « *Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques* ». La pertinence des soins est donc un enjeu majeur pour les usagers, qui sont paradoxalement l'une des causes de la non-pertinence, de façon directe ou indirecte.

Ainsi, « *l'attitude des usagers qui, de plus en plus, exigent pour eux-mêmes et pour leur entourage la mise en œuvre de tous les moyens possibles et imaginables, est un facteur de non pertinence* »<sup>17</sup>. En effet, les usagers ont un rôle paradoxal en la matière : selon une enquête réalisée en 2012<sup>18</sup> pour la Fédération Hospitalière de France (FHF), 85% des 803 médecins interrogés –pour moitié libéraux et pour moitié hospitaliers- ont cité la demande des patients comme motif de dispensation d'actes pas « *pleinement justifiés* ». Ce facteur, difficilement objectivable, se rapprochant du « *j'y ai droit* » évoqué par les usagers eux-mêmes<sup>19</sup>, semble toutefois plus probable en matière de prescriptions médicamenteuses que d'interventions chirurgicales.

Pour 58% des médecins interrogés par la FHF, c'est également « *la peur du risque juridique* » qui explique ces actes non pertinents. Cette médecine procéderait d'une peur de l'exposition au risque de contentieux ou plus largement de la mise en cause de leur responsabilité.

Plus largement, le refus croissant d'acceptation du risque des sociétés contemporaines, s'il agit en faveur de la pertinence des soins –la non-pertinence occasionnant des risques supplémentaires-, peut également jouer en sa défaveur en incitant les médecins à réaliser ou prescrire plus d'actes pour se protéger a priori. Cette forme de « *médecine défensive* » serait supposément plus répandue chez les jeunes médecins (internes ou médecins récemment diplômés) qui figurent pourtant parmi les premiers prescripteurs à l'hôpital.

<sup>15</sup> Décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé

<sup>16</sup> Annoncée le 13 février 2018 au centre hospitalier d'Eaubonne-Montmorency.

<sup>17</sup> MORNEX R. et al., « Pertinence des actes médicaux », Revue hospitalière de France n°547, novembre-décembre 2010, p. 40-45.

<sup>18</sup> Enquête FHF réalisée du 27 avril au 4 mai 2012 auprès d'un échantillon national de 803 médecins (402 médecins hospitaliers, 201 spécialistes libéraux, 200 généralistes libéraux).

<sup>19</sup> HAS, « La pertinence des soins - Point de vue d'usagers et de citoyens », octobre 2017

L'exigence croissante des patients, couplée à une judiciarisation de la société - notamment en matière de santé- contribueraient ainsi à une « *forme de pression consumériste* »<sup>20</sup> et à « *l'exercice d'une médecine dite « défensive », par extension du principe de précaution, qui peut conduire à prescrire des examens complémentaires peu utiles voire inutiles, destinés, en cas de problème, à prouver l'absence de négligence* ».

## **1.2 Les enjeux actuels de la pertinence pour le directeur d'hôpital : un sujet stratégique situé au carrefour d'injonctions parfois paradoxales et d'intérêts différents voire divergents**

### **1.2.1 La pertinence est un sujet crucial pour le directeur d'hôpital, justifiant que celui-ci s'en saisisse**

La pertinence des soins relève également de la responsabilité du directeur d'hôpital.

Tout d'abord, en tant que sujet intimement lié à la qualité et à la sécurité des soins dispensés dans un établissement de santé, mais aussi à l'éthique, la pertinence intéresse nécessairement le directeur d'hôpital, dont le patient doit demeurer la première préoccupation. En effet, la non-pertinence est à l'origine de soins de faible valeur, voire d'évènements indésirables évitables, entendus comme « *des soins inefficaces, c'est-à-dire des actes dont la valeur clinique n'est pas avérée, ou pour lesquels le risque de préjudice est supérieur à l'effet bénéfique escompté, mais aussi de soins inappropriés, c'est-à-dire d'actes qui peuvent être efficaces pour certaines catégories de patients mais qui sont réalisés d'une manière qui ne correspond pas aux recommandations de bonne pratique clinique fondés sur des données probantes, ou qui ne tiennent pas compte des préférences des patients.* »<sup>21</sup>, dont le directeur d'hôpital doit veiller à la réduction dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Plus largement, de la même façon que l'égalité d'accès aux soins pour tous les citoyens est une valeur de l'hôpital public, la pertinence des soins constitue un véritable enjeu éthique pour les hôpitaux et notamment pour leurs directeurs, à l'image des actes d'imagerie redondants qui peuvent surexposer les patients à des rayonnements en plus d'être non-pertinents.

L'intégration à la définition des soins de faible valeur des actes dont l'effet bénéfique produit est marginal voire nul par rapport à d'autres solutions moins coûteuses, ou de façon plus générale les actes qui apportent un bénéfice très faible par rapport à leur coût (autrement dit dont le rapport coût/efficacité est trop faible) permet d'ajouter une

<sup>20</sup> Selon les termes de la Cour des Comptes dans son rapport d'information 2016 « L'imagerie médicale en France »

<sup>21</sup> OCDE, « Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé », 2017

dimension médico-économique, dont le directeur est l'un des promoteurs au sein de son établissement.

De plus, l'implication du directeur d'hôpital dans la démarche d'amélioration de la pertinence se trouve justifiée par le fait que la non-pertinence s'explique notamment par un manque de connaissances, de visibilité sur les enjeux voire une opposition à un changement de pratiques des acteurs hospitaliers. En effet, selon l'OCDE, « *les différences entre la façon dont les soins devraient être dispensés conformément aux recommandations de bonnes pratiques et la pratique peuvent s'expliquer par un manque de connaissances, un biais cognitif ou une opposition à un changement de pratique même s'il est prouvé que l'ancienne pratique est obsolète* »<sup>22</sup>. Au-delà de sa responsabilité en matière de formation continue de son personnel, médical et non-médical, le directeur d'hôpital a un rôle d'impulsion et d'accompagnement du changement (notamment de pratiques), au sein de son établissement. De même, il peut contribuer à rendre visibles et compréhensibles à l'ensemble de la communauté hospitalière certains enjeux liés à la pertinence des soins, par exemple en croisant des sources d'information ou en présentant et explicitant des données autrefois possédées par un seul service.

Par ailleurs, la pertinence des soins ne concerne pas uniquement les actes et prescriptions médicales, mais également les séjours, les parcours, ou encore les actes soignants, autant de sujets loin d'être exclusivement reliés à la pratique médicale. Compte tenu de son positionnement et de ses missions au sein de l'établissement, le directeur d'hôpital est légitime à s'interroger sur la pertinence des séjours et des parcours de soins (et à proposer des pistes pour réduire l'inadéquation en court séjour, SSR ou psychiatrie, pour limiter les hospitalisations évitables, éviter le passage par les services d'urgences, et coordonner les acteurs facilitant l'aval de l'hôpital etc.) et sur la pertinence des modes de prise en charge (soins ambulatoires, hospitalisation complète ou à domicile, soins externes).

Enfin, la pertinence des soins est un sujet transversal devant mobiliser l'ensemble de la communauté hospitalière et elle suppose une vision stratégique d'ensemble, un portage institutionnel en interne et en externe ainsi que des arbitrages. Bien que la pertinence des soins relève, a priori, des compétences de la Commission médicale d'établissement (CME), celle-ci ne s'en saisit pas toujours et le portage d'une démarche de pertinence globale à l'échelle de l'établissement peut permettre de dépasser des démarches individuelles et isolées. En outre, dans certains cas de figure, l'impossibilité des acteurs à travailler de concert (en raison d'un historique houleux ou de rapports de pouvoir entre professionnels) renforce le positionnement du directeur d'hôpital en matière de pertinence, puisque figure au cœur de ses missions celle de faire du lien entre les professionnels dans l'intérêt du patient.

---

<sup>22</sup> OCDE, « Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé », 2017

La pertinence des soins à l'hôpital est donc bel et bien à la fois un sujet concernant le corps médical, le corps soignant, les patients mais aussi au premier chef les directeurs d'hôpital.

### **1.2.2 S'intéresser aux enjeux de la pertinence des soins en santé conduit le directeur d'hôpital à trouver un équilibre entre ses multiples fonctions, et à s'interroger sur les contradictions propres à son action.**

La pertinence des soins à l'hôpital renvoie à trois types d'enjeux : ceux liés à la qualité des soins et des prises en charges, ceux d'ordre financier et touchant à l'efficience hospitalière, et enfin les enjeux stratégiques d'attractivité d'un établissement et de capacité à s'adapter, voire anticiper les évolutions du système de santé.

Ces trois enjeux correspondent aux diverses fonctions du directeur d'hôpital<sup>23</sup>, qu'il se doit d'exercer concomitamment, alors mêmes qu'elles le placent parfois face à des injonctions paradoxales.

Le directeur d'hôpital est tout d'abord garant de la bonne marche de son établissement, notamment financière, dans un environnement budgétaire contraint à l'échelle nationale. Tout d'abord, au-delà de l'objectif principal d'amélioration des prises en charge que poursuit un établissement de santé en cherchant à diminuer les événements indésirables évitables, le directeur a un intérêt financier à promouvoir la pertinence afin de réduire les surcoûts induits par les soins non pertinents, puisque *« pratiquer le juste soin au juste prix, c'est l'occasion de préserver et de développer les moyens de répondre aux vrais besoins de santé dans un contexte de budgets limités »*<sup>24</sup>. En effet, les événements indésirables survenant dans les hôpitaux accroîtraient de 13% à 16% les coûts de ces établissements, alors même qu'entre 28 et 72% d'entre eux seraient évitables<sup>25</sup>.

De plus, responsable de l'organisation des processus et de la production dans un contexte de financement mixte mais néanmoins principalement fondé sur l'activité, le directeur d'hôpital –en Médecine chirurgie obstétrique (MCO) et dans une moindre mesure en SSR- est mécaniquement incité à préserver voire accroître l'activité, et donc par exemple à rechercher en priorité la pertinence des prescriptions de produits de santé, d'actes de biologie ou d'imagerie faites dans le cadre des séjours hospitaliers et dont le coût est donc compris dans le tarif (dites « prescriptions intra-GHS ») plutôt que l'ensemble des prescriptions non-pertinentes, dont certaines peuvent au contraire être source de recettes (par exemple les actes d'imagerie et de biologie réalisés en externe. De la même façon, les progrès constatés en ce qui concerne le « virage ambulatoire »

<sup>23</sup> Evoquées notamment dans le guide « Le métier de directeur d'hôpital », élaboré par l'ADH en 2011.

<sup>24</sup> « Pertinence des soins : un enjeu éthique, une valeur de l'hôpital public », *Revue hospitalière de France* novembre-décembre 2010, p 46-47

<sup>25</sup> OCDE, « Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé », 2017

contribuent à une amélioration de la pertinence des séjours hospitaliers mais ont pu être à l'origine de moindres recettes pour les établissements en difficulté pour adapter leurs organisations. Le système de financement actuel des établissements de santé peut contribuer à ces stratégies parfois défavorables à la pertinence des soins ; ainsi, le précédent de la « circulaire frontière » a pu encourager des établissements à adjoindre à tous les séjours d'hôpital de jour des éléments non nécessairement pertinents, avec l'objectif de répondre aux critères établis pour facturer une hospitalisation de jour. Il en va de même pour les autorisations d'activités -désormais peu nombreuses- qui peuvent inciter les établissements à élargir leurs indications de façon à atteindre les quotas attendus.

Le directeur d'hôpital est ensuite un acteur de santé publique, et possède de ce fait une responsabilité populationnelle tournée vers la satisfaction des besoins de santé de la population desservie sur son territoire. Cette responsabilité doit le conduire à trouver un équilibre entre recettes et dépenses dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins et en cohérence avec la politique de santé, sociale et médico-sociale conduite sur le territoire. Le sujet de la juste prescription, ou pertinence des prescriptions d'antibiotiques permet de faire converger ces deux dimensions : les traitements non pertinents par antibiotiques relèvent du gaspillage de ressources et constituent une dépense non nécessaire mais sont également un risque pour les patients et l'ensemble de la population, en raison de la résistance aux antimicrobiens qu'ils occasionnent.

Enfin, le directeur d'hôpital est également en charge de la conduite de la stratégie de son établissement, et notamment de la transformation et de l'adaptation de son outil de travail. Il lui est donc nécessaire de savoir s'adapter voire anticiper les évolutions du système de santé, parmi lesquelles le financement au parcours, les soins intégrés et la prévention. Aborder et réussir cette transition sous l'angle de la pertinence des soins peut permettre au directeur d'hôpital d'avoir une approche transversale et durable.

La pertinence des soins se situe donc au carrefour des rôles du directeur d'hôpital, et favoriser la pertinence dans son établissement peut le conduire à une réflexion sur les contradictions internes de son métier et limites de son action. Au-delà des actes non pertinents mais lucratifs précédemment évoqués, l'exemple des injonctions en matière de durée moyenne de séjour peut illustrer ce rôle ambivalent des décisions du directeur d'hôpital vis-à-vis de la pertinence. En effet, encourager les services à une diminution des durées moyennes de séjours peut à la fois être bénéfique à la pertinence des soins et des séjours (en évitant des hospitalisations prolongées non nécessaires, l'exposition à des infections nosocomiales etc.) mais aussi néfaste, puisque que cela peut expliquer que les médecins décident de lancer la gamme totale des explorations dès l'arrivée d'un patient, alors que la réalisation d'un seul examen pourrait rendre obsolète les suivants.

S'intéresser à la pertinence des soins peut enfin conduire le directeur d'hôpital à relativiser le poids de son action isolée et l'inciter à s'inscrire dans une dynamique plus étendue. En effet, la pertinence des soins excède le seul domaine hospitalier. Non seulement les professionnels de ville sont à l'origine d'une part décisive de la non-pertinence, mais on peut de plus avoir une conception de la pertinence élargie à la prise en charge globale et à la qualité de vie des usagers du système de santé. L'adoption de cette vision très large de la pertinence permet de s'interroger sur la marge de manœuvre réelle d'un directeur d'hôpital isolé, et appelle à une action concertée et systémique entre acteurs.

### **1.3 Des attentes progressivement renforcées en matière de pertinence vis-à-vis des établissements de santé : l'exemple de la région Grand Est**

#### **1.3.1 La pertinence des soins, une thématique qui renvoie à des préoccupations anciennes et non spécifiques à la France.**

- i. En France, des dispositifs et démarches participant de l'amélioration de la pertinence des soins et destinés aux établissements de santé sont venus s'empiler au fil du temps mais témoignent d'une maturation encore faible du sujet et d'un manque de coordination*

A l'échelle nationale, l'objectif d'amélioration de la pertinence des soins hospitaliers est une préoccupation ancienne des pouvoirs publics, mais il fait l'objet d'une structuration des moyens pour l'atteindre lente et peu coordonnée et d'un pilotage récent. Tout d'abord, de nombreux travaux et écrits ont contribué à alimenter le diagnostic et à structurer des pistes d'action pour améliorer la pertinence des soins, depuis le début des années 2010. La Cour des Comptes identifie clairement le potentiel associé à l'amélioration de la pertinence des soins, notamment en matière d'actes de biologie médicale<sup>26</sup> et d'imagerie médicale<sup>27</sup>, et inclue des propositions dans deux rapports demandés par la commission des affaires sociales du Sénat en 2013 et 2016.

La fédération hospitalière de France (FHF) se saisit également du sujet. Elle constitue tout d'abord une commission sur la pertinence en 2009 ; présidée par René MORNEX, elle a pour objectif « *d'aider l'ensemble du système de soins à répondre aux*

<sup>26</sup> Cour des Comptes, « La biologie médicale », juillet 2013.

<sup>27</sup> Cour des Comptes, « L'imagerie médicale », avril 2016.

*contraintes budgétaires sans nuire à la qualité* »<sup>28</sup> et pour point de départ la disparité des activités médicales sur le territoire français, dont elle établit une typologie : le non-respect des recommandations de bonne pratique ; les raisons épidémiologiques, géographiques, environnementales, ou liées à la structure de population) ; les situations difficiles à analyser, pour lesquelles de multiples explications existent (différences de pratiques, différences dans l'offre de soins, contexte concurrentiel) ; et enfin celui des micro-dérives (actes redondants, examens conditionnés par mauvaise interprétation). Enfin, des propositions d'actions sont formulées. En 2012, elle confie la réalisation d'une enquête intitulée « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés » à TNS, qui propose l'hypothèse de l'influence des patients sur la pratique médicale parmi les causes possibles de non pertinence.

D'autres acteurs s'emparent également de la question, parmi lesquels les sociétés savantes (à titre d'exemple, la Société Française de Radiologie élabore en 2012 un « Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale »<sup>29</sup>, largement diffusé auprès des prescripteurs, qui traite de près de 400 situations cliniques) et certains *think tanks* (comme la Fondation Concorde, qui publie en 2017 une note sur la pertinence des soins comprenant huit propositions<sup>30</sup>).

Par ailleurs, la démarche d'amélioration de la pertinence des soins sous-tend les divers axes d'amélioration de la qualité des soins et de réflexion sur les pratiques professionnelles des pouvoirs publics, promus depuis longtemps à destination des établissements de santé. Ainsi, des revues de pertinence des soins sont diffusées dès 2005. Construites sur la base de l'« *Appropriateness Evaluation Protocol* » de GERTMAN et RESTUCCIA développé dès 1981, elles permettent d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients et reposent sur « *une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Lorsqu'aucun critère de la grille n'est identifié, il faut rechercher les raisons expliquant la non-pertinence des soins ou du programme de soins* »<sup>31</sup>.

De plus, la pertinence des soins s'impose progressivement comme l'une des thématiques de la certification des établissements de santé conduite par la HAS- qui produit également des référentiels de bonne pratique, autre outil au service de la

<sup>28</sup> MORNEX R. et al., « Pertinence des actes médicaux », *Revue hospitalière de France* n°547, novembre-décembre 2010, p. 40-45.

<sup>29</sup> Société Française de Radiologie, « Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale », 2012, accessible sur <http://gbu.radiologie.fr/>.

<sup>30</sup> Fondation Concorde, « Pertinence des soins : Un levier pour un système médical plus sûr et moins coûteux », 2017

<sup>31</sup> LE MOIGN R., « Pertinence des actes et des séjours – Point de vue de la Haute Autorité de Santé », *Revue hospitalière de France* n°547, novembre-décembre 2010, p. 48-49.

pertinence. La V2007 demande le déploiement générique d'Évaluations des pratiques professionnelles relatives à la pertinence des actes (médicament, actes à risques, examens complémentaires) et hospitalisations. La V2010, dans son critère 28b, incite à la poursuite de ces démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), qui constituent désormais une pratique exigible prioritaire, à tous les champs où l'établissement a identifié des enjeux d'amélioration (pertinence des hospitalisations, des admissions aux urgences, du mode d'hospitalisation, de la prescription d'exams d'imagerie médicale ou de produits de santé). Dans la V2014 enfin, la pertinence des soins constitue l'un des programmes de développement professionnel continu intégrés dans le tableau de bord d'amélioration de la qualité et de la sécurité de chaque établissement de santé.

Les résultats de la certification sont l'une des dimensions du programme IFAQ – incitation financière à la qualité-, expérimenté à partir de 2012 et généralisé à tous les établissements de santé en 2016, dans lequel la « pertinence clinique » et la « pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins » sont deux critères de validation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins –IQSS- développés par la HAS. Cette incitation financière à réduire les écarts de pratiques et donc potentiellement améliorer la pertinence des soins et leur conformité aux recommandations, bien que mettant en jeu des sommes relativement faibles (40 millions d'euros en 2016 au total, représentant entre 0,4 et 0,6% du financement des établissements de santé avec un plafond de 500 000 euros), constitue le premier jalon d'une rémunération des établissements de santé fondée sur la qualité et la pertinence.

Enfin, des outils de diagnostic en libre accès sont progressivement mis à disposition des établissements de santé, au premier rang desquels Scan Santé. En favorisant l'identification de variations et d'atypies par rapport au contexte local, régional ou national, ou encore par rapport à une même catégorie d'établissement, ces outils permettent de faire émerger des questionnements au sein des établissements.

A partir de 2011, se constitue un pilotage national de la démarche de pertinence ciblant prioritairement les actes chirurgicaux.

L'amélioration de la pertinence des soins –étendue au secteur hospitalier- constituant un axe transversal des programmes de gestion du risque entre l'Etat et l'assurance maladie, un co-pilotage par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM) au sein d'un « groupe technique » réunissant l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la HAS s'est logiquement mis en place, rendant théoriquement compte de

l'avancée de son travail à un comité de pilotage national à la composition plus large<sup>32</sup>, néanmoins rarement réuni<sup>33</sup>. Le principal travail issu de ce groupe de travail est l'identification en 2014 de 33 thématiques considérées comme des priorités nationales, identifiées sur la base de critères portant sur l'ampleur des variations de pratiques entre les régions, la dynamique d'activité, le nombre de séjours concernés, le poids financier associé et le caractère opérationnel des référentiels existants.

En 2012, la DGOS publie un guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins qui présente les démarches nationales, régionales et locales d'amélioration de la pertinence des soins, et propose des orientations méthodologiques et des outils.

Les membres du groupe technique national associés à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) élaborent en 2016 le premier « Atlas national des variations des pratiques médicales »<sup>34</sup>, visant à illustrer les écarts de pratiques chirurgicales entre les départements et à interroger leurs causes afin de les réduire. Il retient 10 actes chirurgicaux -pour lesquels la part des séjours évitables oscille entre 1 et 18%- sur les 33 initialement ciblés (amygdalectomie ; appendicectomie ; césarienne ; chirurgie bariatrique ; chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate ; chirurgie du syndrome du canal carpien ; cholécystectomie ; hystérectomie; pose d'une prothèse de genou ; thyroïdectomie).

Enfin, un accompagnement ciblé sur certaines pratiques identifiées est mis en place début 2013 : la césarienne programmée à terme fait l'objet d'un suivi par l'HAS en lien avec la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité, qui fournissent des outils pour favoriser l'application des recommandations de bonnes pratiques par les équipes médicales et paramédicales, et la CNAM se concentre sur l'appendicectomie et le syndrome du canal carpien, fournissant des indicateurs de comparaison des pratiques permettant aux établissements de se positionner les uns par rapport aux autres.

En plus des incitations fortes à développer l'ambulatoire en médecine et en chirurgie, qui constituent à leur tour un levier d'amélioration de la pertinence, cette sédimentation progressive d'outils spécifiques et de programmes en matière de pertinence des soins à destination des établissements de santé présente l'avantage d'affirmer la pertinence des soins comme un sujet d'attention et de sensibiliser les divers publics, mais témoigne également de la difficulté à porter une démarche globale,

---

<sup>32</sup> Outre les membres du groupe technique, le comité de pilotage comprend d'autres partenaires institutionnels, (DSS, DREES, DGS, INCa, IRDES), des associations de patients et représentants des usagers, des fédérations et conférences hospitalières et des syndicats de médecins libéraux.

<sup>33</sup> VANLERENBERGHE J-M., « Améliorer la pertinence des soins, un enjeu majeur pour notre système de santé », Sénat, 2017.

<sup>34</sup> « Atlas des variations de pratiques médicales », 2016

structurée et clairement identifiée à l'échelle nationale, de promotion de la pertinence des soins.

- ii. *Dans certains pays, la pertinence des soins est un sujet dont les décideurs publics se sont saisis à travers la mise en place de dispositifs opérationnels de contrôle et d'incitation*

Si la France se saisit du sujet depuis une époque relativement récente, d'autres pays s'intéressent à la pertinence depuis plus longtemps et ont développé des expérimentations présentant un degré d'ingénierie plus élevé en la matière.

En effet, la pertinence des soins est historiquement un domaine anglo-saxon. La réflexion sur la pertinence des soins hospitaliers est ainsi présente au Royaume-Uni depuis les années 1950 mais ne s'est réellement développée qu'à la fin des années 1970 aux Etats-Unis avec l'informatisation des données médicales et l'apparition de l'*Evidence Based Medicine*. Depuis, les Etats-Unis et le Canada ont développé une approche pragmatique pour inciter les professionnels à améliorer la pertinence des soins et sensibiliser le grand public, comme en atteste la démarche *Choosing Wisely* (voir en annexe).

D'autres pays dans le monde ont expérimenté des modes de financement en partie fondés sur la qualité de la prise en charge et la coordination des acteurs de santé autour du patient et de son parcours, favorisant ainsi la pertinence des soins et des parcours (notamment en réduisant les taux de complications, les ré-hospitalisations et les admissions en urgence). Les modèles de « *bundled payment* » (de l'anglais « *bundle* » pour regroupement d'activités ou de services) proposent un mode de rémunération à l'épisode de soins (par exemple pour les actes chirurgicaux ou les soins médicaux aigus), au parcours de soins (visant principalement les maladies chroniques) et les « *shared savings programmes* » (concernant une population ciblée et visant à inciter une action territoriale coordonnée)<sup>35</sup>. L'exemple suédois d'*Orthochoice* en matière de financement à l'épisode de soins a notamment présenté des résultats prometteurs (voir en annexe).

### **1.3.2 La pertinence des soins devient un objectif plus concret compte tenu des enjeux sanitaires et financiers, et se matérialise par des formes de contractualisation à l'échelle régionale**

<sup>35</sup> BEIJA M., GEORGES-PICOT A. « Quelles leçons tirer du financement au parcours de santé à l'étranger ? », *Finances hospitalières*, avril 2018, p. 15-20

Le colloque annuel de l'HAS qui s'est tenu en novembre 2017 et intitulé « Pertinence, du concept à l'action », atteste de cette prise de conscience récente de l'importance de rendre plus opérationnels les objectifs de pertinence des soins et d'élaborer des outils et méthodes à cette fin. Ainsi, la pertinence des soins bénéficie depuis quelques années d'une visibilité renforcée à l'échelle nationale et d'une démarche d'évaluation et d'amélioration qui se structure progressivement en région.

Au niveau national, c'est l'inscription par le législateur de l'objectif d'amélioration de la pertinence des soins à l'article 58 de la loi de financement pour 2015, et sa précision dans le décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, qui marque la bascule. Le décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 prévoit notamment l'organisation d'une concertation régionale sur la pertinence des soins en lien avec les Instances Régionales d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) réunissant l'ensemble des acteurs concernés (ARS, assurance maladie, fédérations hospitalières, professionnels de santé, Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), représentant des usagers etc.), et la structuration des actions régionales dans le cadre d'un Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).

L'amélioration de la pertinence des soins est également devenue l'un des axes de travail prioritaires du programme de gestion du risque commun Etat-assurance maladie<sup>36</sup>. A cet égard, le rapport Charges et produits de la CNAM pour 2018 témoigne d'un renforcement des attentes de l'assurance maladie sur la pertinence des actes en ville et l'hôpital. Ainsi, ce sont en tout 120 millions d'euros d'économies qui sont attendues sur le volet « Pertinence et bon usage des soins » (contre 45 millions d'euros en 2017) et 130 millions d'euros contre 70 millions en 2017 pour la pertinence des prescriptions de biologie et des actes paramédicaux. Les leviers des économies attendues sont la poursuite de la diminution des taux de recours supérieurs aux taux cibles sur les dix actes hospitaliers identifiés (soit 34 000 séjours évitables), les actes de radiologie en ville et la poursuite du travail engagé sur la pertinence de la prescription de certains actes de biologie.

Toutefois, ces montants demeurent relativement faibles au regard d'une enveloppe globale fixée à 195,2 milliards d'euros, dont 80,7 milliards pour les établissements de santé. De plus, le pilotage de la démarche à l'échelle nationale souffre encore à ce jour d'un manque de lisibilité. On peut en effet s'interroger sur l'articulation par l'assurance maladie entre la maîtrise médicalisée, historiquement plutôt tournée vers la ville, et la priorisation d'actes majoritairement chirurgicaux. De même, la possibilité et

---

<sup>36</sup> « *Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins* », -PNGDRESS- arrêté pour 2016-2017 et 2018-2019 entre l'Etat et l'UNCAM

les modalités d'un pilotage véritablement partagé entre administrations centrales, ARS, assurance maladie et HAS interrogent.

Au niveau régional, l'assurance maladie et les ARS ont initié une réponse graduée auprès des établissements de santé. Tout d'abord, il faut noter que des initiatives innovantes avaient déjà émergé en régions par le passé : ateliers interrégionaux et séminaires pour faciliter les échanges d'expérience entre acteurs et capitaliser sur les bonnes pratiques ; appel à candidatures de professionnels de santé (chirurgiens et cadres de santé notamment) pour apporter un appui à la mise en œuvre du plan de développement régional de la chirurgie ambulatoire en rencontrant diverses équipes des établissements de santé des Pays de la Loire, dans le but de discuter de leur diagnostic pertinence et d'enrichir les groupes de travail etc.

Depuis 2015, l'identification d'un programme régional de pertinence participe d'une impulsion régionale en faveur de la pertinence et d'un renforcement des leviers régionaux d'amélioration de la pertinence des soins au sein des établissements de santé. En 2016, il revenait ainsi à chaque ARS d'élaborer un PAPRAPS, fixé pour quatre ans et définissant les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations retenues dans les programmes nationaux de gestion du risque et après consultation de l'IRAPS, composée notamment de l'ARS, de l'assurance maladie ainsi que de représentants des fédérations hospitalières, des URPS et des associations d'usagers.

Une stratégie d'accompagnement voire de contractualisation tripartite entre ARS, Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et établissement de santé, est également mise en œuvre en région à destination des établissements de santé. En effet, l'intervention de l'assurance maladie auprès des établissements identifiés sur la base d'un faisceau d'indicateurs d'alerte se fait de façon graduée. Ils bénéficient tout d'abord d'un accompagnement des équipes, passant entre autres par un suivi de l'évolution de divers indicateurs, des échanges confraternels et une mise à disposition d'outils facilitateurs.

Si l'atypie constatée se maintient, un contrat d'amélioration de la pertinence des soins<sup>37</sup> est mis en place entre l'établissement, l'ARS et l'assurance maladie<sup>38</sup>. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, on constate une simplification des modes de contractualisation puisque l'ensemble des contrats existants (contrat d'amélioration de la pertinence des soins, contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments etc.) sont remplacés par un contrat unique. Celui-ci comporte un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations, et le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements

---

<sup>37</sup> Introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015

<sup>38</sup> Correspondant à un volet additionnel Pertinence du CAQES

identifiés en application du PAPRAPS ou ne respectant pas, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie<sup>39</sup>. Les différents types de volets optionnels<sup>40</sup> sont: l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports ; promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé ; amélioration des pratiques en établissement de santé. L'un des volets optionnels du CAQES concerne donc la pertinence des soins, et la décision de sa mise en œuvre revient au directeur général de l'ARS. Cette décision est directement liée au contenu du PAPRAPS, qui doit lui-même décrire les « *critères permettant d'identifier les établissements faisant l'objet du volet additionnel relatif à la pertinence du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins* ». Ensuite, en cas de non atteinte des objectifs fixés, peut être engagée une procédure de mise sous accord préalable (MSAP), déclenchée par le directeur général de l'ARS après avis du directeur de la CPAM, suite à une procédure contradictoire avec l'établissement. La MSAP consiste à subordonner pour une durée habituelle de six mois la prise en charge par l'assurance maladie de certains actes, prestations et prescriptions délivrés par un établissement<sup>41</sup> à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie. En 2016, on comptait 45 procédures de MSAP sur le champ de la pertinence des actes, portant prioritairement sur la chirurgie bariatrique et la chirurgie du canal carpien. Enfin, le PAPRAPS prévoit la possibilité de mettre en place des pénalités financières en cas de non-respect des engagements du CAQES ou de refus de signature du volet additionnel Pertinence.

Ainsi, le développement à l'échelon régional « *d'outils d'action graduée auprès des établissements de santé* »<sup>42</sup> constitue une avancée qu'il faut saluer.

### **1.3.3 L'exemple de la région Grand Est permet d'illustrer l'impulsion d'une démarche régionale en faveur de la pertinence**

En région Grand Est, le PAPRAPS a été arrêté en septembre 2016 et couvre la période 2016-2019. Il fixe les priorités ci-dessous :

<sup>39</sup> Mentionnés à l'article L. 162-30-3.

<sup>40</sup> Décrits dans l'arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

<sup>41</sup> Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, modifiant la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

<sup>42</sup> VANLERENBERGHE J-M., « Améliorer la pertinence des soins, un enjeu majeur pour notre système de santé », Sénat, 2017

- Pertinence des modes de prise en charge (chirurgie ambulatoire ou hospitalisation complète, prise en charge en SSR ou kinésithérapie en ville, hospitalisation en établissement de santé ou à domicile)
- Pertinence des actes et des pratiques
- Pertinence des séjours (pertinence à l'admission ou sur la durée d'hospitalisation)
- Pertinence des parcours (hospitalisations ou ré hospitalisations potentiellement évitables).

Ces priorités résultent de l'application de deux critères principaux : l'existence d'atypies de recours au sein de la région Grand Est et l'existence d'outils produits par la CNAM, permettant un accompagnement des établissements, y compris en l'absence d'atypie de recours. Concernant les actes, le PAPRAPS définit onze priorités pour la chirurgie (césarienne programmée; chirurgie du canal carpien ; amygdalectomie ; angioplastie coronaire ; cholécystectomie ; thyroïdectomie ; chirurgie du rachis ; chirurgie bariatrique ; chirurgie des varices ; appendicectomie ; prothèse de genou) auxquels elle adjoint les actes d'imagerie médicale et les examens biologiques pré-interventionnels.

Le champ de la pertinence couvert par le PAPRAPS est donc large, excédant la seule pertinence des actes, mais il ne comprend pas la thématique de l'utilisation des produits de santé ni celle de la prescription et de l'utilisation des transports sanitaires pris en charge par l'assurance maladie. De la même façon, le plan d'actions gradué comporte des actions à destination des établissements de santé (selon la gradation présentée précédemment), des actions auprès des professionnels de santé hors établissements de santé (échanges confraternels à destination des médecins libéraux), des actions auprès de l'ensemble des professionnels de santé (diffusion de référentiels, mobilisation via les antennes régionales des sociétés savantes, interventions lors de formations) et enfin des actions auprès des usagers (relais de campagnes de communication nationales et campagnes régionales, diffusion des documents destinés aux patients réalisé par la CNAM à l'image des « mémos patients »). L'évaluation de la mise en œuvre de ce programme à l'issue de l'année 2019 permettra de déterminer l'ampleur et l'efficacité de l'action déployée par l'ARS Grand Est en matière de pertinence des soins.

Pour sa part, le CAQES signé par les établissements de la région à la fin de l'année 2017 n'a comporté qu'un volet socle consacré aux produits de santé (héritier du contrat de bon usage du médicament). Pour 2018, sur le volet additionnel «Pertinence » en particulier, des actions d'accompagnement ont été préférées à une contractualisation. La signature de volets optionnels du CAQES est envisagée pour janvier 2019, après un

ciblage en lien avec l'IRAPS au 2<sup>ème</sup> semestre 2018. Le PAPRAPS définit les critères de ciblage suivants <sup>43</sup>:

- Etablissements situés sur un territoire à taux de recours atypique (dépassant la moyenne nationale de façon significative), et produisant un volume significatif d'actes
- Etablissements pour lesquels les indicateurs de comparaison des pratiques de la CNAM font ressortir des atypies
- Etablissements présentant d'autres atypies (par exemple une part importante des césariennes programmées réalisées avant le terme)

En ce qui concerne la campagne de MSAP, mise en œuvre entre mai et décembre 2018, 44 établissements ont fait l'objet d'un total de 45 MSAP.

Cette présentation de l'actualité du sujet et de ses enjeux pour les établissements de santé et les directeurs d'hôpital en particulier permet à présent d'aborder de façon détaillée l'historique et la démarche actuelle du CHU de Reims en faveur de la pertinence des soins, afin de mettre en évidence les bonnes pratiques qui peuvent concourir à sa réussite.

---

<sup>43</sup> Il faut noter que ces critères sont peu précis, le seuil à partir duquel une atypie devient « significative » n'étant pas défini.

## **2 Comment engager et mener une démarche de réflexion et d'action pour améliorer la pertinence au sein d'un établissement de santé ? L'exemple du CHU de Reims**

### **2.1 Etat des lieux passé et présent des travaux engagés en faveur de la pertinence des soins au CHU de Reims**

#### **2.1.1 Les premières expérimentations en faveur de la pertinence des soins au CHU de Reims, prometteuses mais attestant d'un manque de lisibilité, de coordination et de vision d'ensemble**

*« Par ma foi ! il y a plus de quarante ans que je dis de la prose sans que j'en susse rien, et je vous suis le plus obligé du monde de m'avoir appris cela. »*

*Molière, Le Bourgeois gentilhomme*

De même que la pertinence des soins n'est pas une thématique émergée récemment à l'échelle nationale et internationale, le sujet de la pertinence a été traité à de multiples reprises, par des acteurs variés et sous des formes différentes par le passé au CHU de Reims. Toutefois, à l'image de Monsieur Jourdain disant de la prose à son insu dans la pièce de Molière, les acteurs hospitaliers se sont parfois intéressés sans le savoir ou sans le vouloir à la pertinence des soins.

Tout d'abord, un certain nombre de démarches ont contribué à améliorer la pertinence des soins au sein des établissements de santé, sans que celle-ci ait été l'objectif recherché ou affiché. Ainsi, de nombreux projets d'informatisation peuvent par exemple concourir à l'amélioration de la pertinence des soins : la mise en place progressive au CHU de Reims d'un logiciel de prescription informatisée, le déploiement du dossier patient partagé et l'utilisation de messageries sécurisées entre les médecins hospitaliers et les médecins de ville sont autant d'initiatives qui participent de l'amélioration de la pertinence des prescriptions de produits de santé, d'imagerie et de biologie, mais aussi des actes et des parcours de soins des patients. De même, la montée en charge de la pharmacie clinique (définie par la Société Française de Pharmacie Clinique comme *« une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. »*<sup>44</sup>) et de l'analyse pharmaceutique des prescriptions au sein de l'établissement contribue indéniablement à améliorer la qualité et le coût des prescriptions de produits de santé, mais aussi à faire évoluer les habitudes des prescripteurs et à les sensibiliser sur les bonnes pratiques de prescription.

---

<sup>44</sup> Site de la SFPC

Par ailleurs, les établissements de santé ont tendance à se préoccuper de la pertinence des soins dans certains contextes particuliers et souvent avec un objectif restreint dans le temps, comme par exemple se conformer à des exigences des organismes de tutelle. La certification des établissements de santé permet d'illustrer utilement ce cas de figure : ainsi, il arrive que le terme de « pertinence » émerge à l'occasion des travaux et réflexions entamés en amont d'une visite de certification ou d'une visite de suivi de la HAS. C'est également dans ces circonstances que les établissements pensent à valoriser leurs démarches d'EPP, qui constituent pourtant un lieu de réflexion sur la pertinence des soins au plus près des pratiques dans les établissements de santé. Au CHU de Reims, lors de la dernière visite de certification en 2016, les démarches d'EPP valorisées dans ce cadre portaient essentiellement sur la prise en charge médicamenteuse. L'enquête réalisée en 2018 auprès de 16 CHU par Jean PETIT et Philippe MICHEL<sup>45</sup> montre également qu'à la question « Quel est l'objectif affiché ou poursuivi (*de la politique de l'établissement concernant la pertinence des soins*)? », la « *conformité (aux programmes régionaux ARS, CBUM<sup>46</sup>, CAQES)* » et la « *certification HAS (critère 28b)* » sont les deux réponses les plus données par les déclarants.

Les travaux de recherche et mémoires professionnels portant sur la pertinence des soins constituent également des preuves que certains acteurs hospitaliers s'intéressent à la pertinence, contribuent à l'élaboration de diagnostics et imaginent parfois des propositions d'amélioration, sans que leur travail s'ensuive systématiquement d'actions, demeurant ainsi dans le domaine de la recherche. Le CHU de Reims présente à cet égard des exemples significatifs. Ainsi, deux mémoires d'internes en pharmacie du CHU de Reims ont été soutenus respectivement en mai 2017<sup>47</sup> et mai 2018<sup>48</sup> ; ils consistaient en l'évaluation de la pertinence de la prescription et de la conciliation médicamenteuse dans la filière gériatrique du CHU de Reims –en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en traumatologie chez le sujet âgé et identifiaient quelques enjeux à traiter de façon prioritaire (benzodiazépines, anticoagulants et opioïdes), dont l'institution ne s'est pas saisie. De la même façon, un interne de santé publique du CHU de Reims a soutenu en février 2018 une thèse portant sur la pertinence des journées d'hospitalisation au CHU de Reims<sup>49</sup>, fruit d'un travail conséquent d'analyse de l'ensemble des journées d'hospitalisation un jour donné,

---

<sup>45</sup> PETIT J., MICHEL P., « La politique et les programmes d'amélioration de la pertinence dans les CHU et leur GHT », présentation à l'intention de la conférence des Directeurs généraux de CHU, 2018

<sup>46</sup> Contrat de bon usage du médicament

<sup>47</sup> BERGERET A., « Evaluation de la pertinence de la prescription chez le sujet âgé au CHU de Reims », mémoire de diplôme d'études spécialisées de pharmacie, mai 2017.

<sup>48</sup> PANTANELLA M., « Evaluation de la pertinence de la prescription chez le sujet âgé en traumatologie au CHU de Reims », mémoire de diplôme d'études spécialisées de pharmacie, mai 2018.

<sup>49</sup> ARDOIN A., « Pertinence des journées d'hospitalisation au CHU de Reims : d'une démarche qualité d'amélioration du parcours patient à une réflexion institutionnelle », thèse de doctorat en médecine, février 2018.

passées au crible de la pertinence. En dépit d'une présentation des résultats principaux (environ 25% des journées ont été identifiées comme « non pertinentes » le jour de l'étude, avec pour causes l'attente de solutions d'aval pour le patient et l'attente d'avis ou d'examens spécialisés) en CME en septembre 2017, ce travail n'a pas été suivi d'un plan d'actions.

Par ailleurs, les divers acteurs hospitaliers se saisissent souvent du sujet de la pertinence de façon isolée, parfois sans traçabilité et sans que la démarche soit nécessairement suivie dans le temps et/ou évaluée. Au CHU de Reims, le pôle Pharmacie indique ainsi avoir engagé il y a plusieurs années une réflexion sur la pertinence des prescriptions de paracétamol injectable, mais aucun document n'a subsisté quant à son éventuel impact sur les prescriptions. Le pôle Biologie avait pour sa part réuni en 2012 un groupe de travail mixte pour élaborer une EPP sur la prescription de dosage de la pro calcitonine. Ce travail avait donné lieu à l'élaboration de recommandations à destination des prescripteurs (visant à rationaliser les prescriptions), validées par la CME en 2014. Toutefois, l'EPP n'a été relancée qu'au début de l'année 2018, à l'occasion de rencontres entre le pôle Biologie et certains services parmi les plus gros prescripteurs de l'établissement, dont l'étude des consommations peu de temps après ces temps d'échange a permis de mettre en évidence une diminution de moitié des prescriptions. De même, la direction des finances a été à l'origine d'une réflexion sur la pertinence des séjours au sein du pôle Médecines en 2017, conduisant à l'étude de plus de 150 dossiers afin de déterminer les raisons de l'allongement atypique de certains séjours (qui se révèlent être médicales, mais aussi sociales et organisationnelles). Cependant, ce travail n'a pas eu de suite en 2018.

Enfin, certains acteurs ont engagé des travaux ayant trait à l'amélioration de la pertinence dont la visibilité est demeurée faible jusqu'à l'émergence d'une démarche institutionnelle. Ainsi, l'équipe opérationnelle d'hygiène du CHU de Reims avait travaillé à l'amélioration de la pertinence de certains examens. En effet, dans le cadre de la maîtrise des bactéries multi-résistantes et en fonction des bilans annuels, sont revues tous les ans avec les différents services de soins les indications des dépistages à la recherche des bactéries multi-résistantes, en particulier de *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline. Dans certains services a été constatée la maîtrise de la diffusion de ces souches, ce qui a conduit à poursuivre la revue des indications de dépistages.

En dépit des initiatives et travaux des dernières années contribuant à l'élaboration d'un diagnostic de la pertinence des soins, voire de pistes d'action, l'acculturation globale du CHU de Reims à la notion de pertinence des soins est toutefois demeurée relativement faible jusqu'en 2017. En effet, la communauté médicale représentée par la CME et ses sous-commissions ne s'était pas saisie du sujet, aucune politique de

pertinence des soins –formelle ou informelle- n'avait été engagée par la direction et la sémantique des acteurs elle-même alimente ce constat, le terme de « juste » (juste prescription, juste soin etc.) étant régulièrement préféré à celui de « pertinence ».

### **2.1.2 Le début d'une véritable démarche proactive en faveur de la pertinence des soins**

La définition d'une politique formalisée en faveur de la pertinence des soins coïncide avec la structuration de la direction de la Qualité et Gestion des Risques du CHU de Reims, peu de temps après la demande de l'ARS Grand Est et de l'assurance maladie de conduire un travail de diagnostic et de déterminer un plan d'actions.

Ainsi, en date du 27 octobre 2017, un courrier de l'ARS Grand Est et de l'assurance maladie formule plusieurs demandes au CHU de Reims : identification d'un binôme référent –par exemple médecin-qualiticien- pour les sujets relatifs à la pertinence des soins ; installation d'une démarche proactive de diffusion de la culture pertinence (présentations en CME, diffusion de référentiels aux équipes concernées, soutien au développement d'actions d'EPP etc.) ; diagnostic interne à mener avant la fin du mois de janvier 2018 ; élaboration d'un plan d'action interne relatif à la pertinence pour mai 2018. Il est précisé que le degré d'atteinte de ces objectifs fera partie des éléments analysés à la fin du premier semestre 2018 lors des travaux de ciblage du volet additionnel pertinence des CAQES pour 2019. Des données concernant le CHU de Reims, dont certaines relèvent des priorités du PAPRAPS, sont présentées en novembre 2017 à l'occasion de la rencontre entre le CHU de Reims, l'ARS Grand Est et l'assurance maladie dans le cadre du plan triennal, et en décembre 2018, l'ARS Grand Est a fourni aux établissements de la région un « kit Pertinence des soins » -portant principalement sur les taux de recours à certains actes au sein du territoire couvert par le Groupement Hospitalo-Universitaire de Champagne (GHUC)- devant permettre de documenter le diagnostic interne. Le département de l'information médicale du CHU de Reims présente en janvier 2018 les résultats de son travail d'extractions de données conduit à partir du kit pertinence à la CME et au comité de pilotage Qualité – Gestion des Risques. Au printemps 2018, le nouveau directeur de la Qualité, Gestion des Risques et Relations avec les Usagers ainsi que le nouveau médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins sont recrutés ; désignés comme référents pertinence auprès de l'ARS et pilotes de l'élaboration du diagnostic pertinence du CHU de Reims, ils s'engagent dans une démarche d'amélioration de la pertinence des soins globale et transversale à l'établissement.

Une analyse de l'approche récente des organismes de tutelle en région Grand Est concernant la pertinence des soins -ci-dessus décrite- permet d'en identifier certaines limites, mais également ses mérites.

Tout d'abord, la seule existence de données « atypiques » - au regard des priorités du PAPRAPS - en 2016 pour le GHUC issues du « kit pertinence » ne permet pas de connaître la part de la production d'actes réalisés par le CHU et donc de conclure à la non-pertinence dans la réalisation de certains actes. Un travail supplémentaire de calcul des « parts de marché » du CHU de Reims a donc été nécessaire. De plus, il apparaît que les priorités du kit de l'ARS sont principalement des priorités de l'Assurance Maladie (qui procèdent plutôt d'une préoccupation de contenance de la dépense en santé), elles-mêmes tenues aux recommandations existantes des sociétés savantes et de l'HAS. Si cette approche est compréhensible, elle n'inclut néanmoins pas d'éléments de réflexion sur la pertinence des prescriptions, des séjours et celle des parcours de santé plus largement. Enfin, d'après les entretiens conduits dans le cadre de ce travail de mémoire auprès des quatre plus grands établissements de la région, il semble que le calendrier fixé par l'ARS ait été difficile voire impossible à respecter. En effet, aucun des trois CHU et du CHR n'est parvenu à fournir son diagnostic pertinence dans les délais initialement impartis.

Toutefois, l'impulsion de cette réflexion sur la pertinence par l'ARS a également été une opportunité certaine pour l'établissement de relancer une dynamique en matière de pertinence des soins, celle-ci étant indissociable de la démarche volontariste de la direction de la Qualité nouvellement dotée. Initiant un travail qui a permis de révéler des attentes fortes de la part de certains professionnels, mais jusqu'ici non visibles au sein d'une communauté médicale peu sensibilisée, ce travail fait actuellement l'objet d'un accueil globalement positif de la part des professionnels. L'étude de la méthodologie utilisée, des difficultés rencontrées et des leviers mobilisés pourra servir utilement à d'autres établissements désireux d'engager une démarche de promotion de la pertinence des soins.

## **2.2 La méthodologie adoptée pour porter une démarche de pertinence des soins au CHU de Reims : le choix de l'inclusion dans la démarche qualité et d'une co-construction du plan d'actions**

### **2.2.1 Le choix de promouvoir la pertinence des soins comme un axe de la démarche qualité du CHU de Reims, co-construit avec les acteurs de terrain et porté par la direction générale et la communauté hospitalière**

La méthodologie adoptée par le CHU de Reims en 2018 pour promouvoir la pertinence des soins en son sein peut être décomposée en quatre axes principaux.

Le premier a trait à l'intégration du travail sur la pertinence des soins au sein d'une démarche qualité institutionnelle plus globale. Cette caractéristique est liée d'une part à l'impulsion de la démarche pertinence des soins par la direction de la Qualité, Gestion des Risques et Relations avec les Usagers récemment redynamisée grâce au recrutement des nouveaux directeur et médecin coordonnateur de la gestion des risques, et d'autre part à la volonté d'aborder la pertinence des soins sous un angle non strictement économique et au contraire de faire reposer la démarche sur l'ambition d'améliorer les pratiques professionnelles, dans le sens d'une prise en charge de qualité et en sécurité pour le patient. De plus, cette stratégie permet de bénéficier de l'ensemble des méthodologies et outils (tableaux de bord, indicateurs, roue de Deming) développés dans le champ de la qualité, et favorise un accompagnement et un suivi au long cours par la direction de la Qualité qui pilote également la démarche de certification de l'établissement. Enfin, cette approche permet de faire le lien entre les deux dimensions de la politique qualité du CHU de Reims : l'amélioration de la pertinence des soins et la résolution de problèmes au niveau des secteurs de soins. Cette dernière, dont la direction de la Qualité, Gestion des Risques et Relations avec les Usagers est en charge, passe notamment par le traitement des évènements indésirables graves en lien avec les équipes médico-soignantes et l'accompagnement des revues de morbi-mortalité.

En ce qui concerne le pilotage de la démarche de pertinence des soins, celle-ci est portée par la direction de la Qualité, Gestion des Risques et Relations avec les Usagers avec le soutien de la direction générale et de la CME. Le pilotage par le binôme directeur de la Qualité – médecin coordonnateur de la Gestion des Risques permet de rappeler l'enjeu pluridimensionnel de la pertinence des soins auprès des équipes de soins mais aussi auprès de l'équipe de direction. Ce choix permet également de proposer un médecin comme interlocuteur des divers praticiens de l'établissement ; dans le contexte d'un sujet présentant une forte dimension médicale, où les recommandations des sociétés savantes et de la HAS ont leur importance et où certaines pratiques médicales sont

amenées à être remises en question, l'opportunité de travailler avec un médecin est reconnue et permet parfois de dépasser une certaine défiance. Au CHU de Reims, la sensibilisation de la CME -notamment de son président- a également semblé facilitée par le relai que constitue le médecin coordonnateur de la gestion des risques. Le président de CME et diverses sous-commissions de la CME (en premier lieu la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) et la Commission de l'accueil non programmé (CANP), informés et associés dès le début à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins, sont également des relais importants auprès de la communauté médicale. Au niveau de la direction de l'établissement, le COPIL Qualité Gestion des Risques<sup>50</sup> est également associé à cette démarche depuis ses prémices et l'équipe de direction régulièrement informée des travaux sur la pertinence des soins, en particulier la direction des finances et la direction des soins. Enfin, la définition de la stratégie en matière de qualité de l'établissement en lien avec la Direction Générale et les points d'étape opérés garantissent le soutien de la démarche de pertinence par celle-ci.

Le troisième axe caractéristique se rapporte à l'utilisation d'une approche de type « cognitive-comportementale » auprès des acteurs hospitaliers. Initialement issue des théories de l'apprentissage, cette approche désigne -lorsqu'elle s'applique au champ du management et de la résolution de problème- l'ensemble des méthodes favorisant la connaissance des données par les équipes, connaissance qui va elle-même provoquer la réflexion et l'action. Dans le cas d'espèce d'une démarche d'amélioration de la pertinence des soins, elle s'oppose à une méthode qui aurait pour but d'imposer aux services d'améliorer tel ou tel aspect du service offert aux patients. Partant du constat que l'hôpital est un lieu d'asymétrie d'informations, elle cherche au contraire à alimenter les acteurs de données factuelles, simples et objectives devant les conduire à déterminer leurs axes d'amélioration -et donc de travail- personnalisés tout en ayant une vision des enjeux de pertinence à l'échelle de l'ensemble de l'établissement. Cette approche suppose une grande transparence dans le diagnostic conduit, ainsi que dans la mise à disposition des résultats des autres services afin de permettre des comparaisons, peu habituelle dans la culture hospitalière plutôt coutumière d'une information segmentée. Concrètement, au CHU de Reims, le directeur de la Qualité et le médecin coordonnateur de la Gestion des Risques ont présenté la démarche d'amélioration de la pertinence (son contexte et la demande de l'ARS, la politique qualité et gestion des risques de l'établissement etc.) au sein des principales instances (CME, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) etc.), aux sous-commissions de la CME et à un grand nombre de pôles cliniques à l'occasion de leurs réunions habituelles (conseils et bureaux de pôle). Ces échanges ont

---

<sup>50</sup> Composé de la directrice générale ou du directeur général adjoint, du président de la CME, du Directeur des soins, de deux représentants médicaux, de deux représentants de l'équipe de direction, de deux représentants paramédicaux et d'un représentant des usagers.

été l'occasion de sensibiliser les acteurs hospitaliers mais aussi de débiter le recensement des initiatives existantes en la matière au CHU de Reims. Cette difficulté à connaître l'ensemble des travaux passés et en cours sur la pertinence des soins est partagée par les quatre établissements étudiés et interrogés dans le cadre de ce mémoire, et l'inventaire de l'existant a constitué en leur sein l'une des premières étapes du travail de diagnostic. Au-delà de l'information large de la communauté hospitalière sur la démarche, le directeur de la Qualité et le médecin coordonnateur de la Gestion des Risques ont fait le choix de fournir à chacun des services de soins de l'établissement une fiche de synthèse ou « profil pertinence » –détaillé ci-dessous dans le 2.2.2- présentant les enjeux en matière de pertinence du CHU sur différentes thématiques, et ses enjeux spécifiques. L'objectif fixé est de fournir tous les ans son « profil pertinence » à chaque service afin que celui-ci identifie le ou les sujets qu'il souhaite travailler en priorité.

Le dernier axe de la méthodologie adoptée consiste à conserver le travail sur la pertinence des soins au plus près des services de soins, et à l'ancrer dans leurs travaux passés et futurs. Plus largement, la direction de la Qualité, Gestion des Risques et Relations avec les Usagers a pour projet de ramener la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins au sein des secteurs d'activité. Cet objectif se manifeste notamment par la liberté dont les services bénéficient dans le choix du ou des axes qu'ils souhaitent travailler –à l'appui des données communiquées dans le cadre du diagnostic et sur la base du projet de service, des pathologies les plus fréquentes, de la criticité des événements indésirables etc.- et par la valorisation des travaux déjà réalisés par les différents pôles (notamment les pôles Pharmacie et Biologie). Il se manifeste aussi par la valorisation des démarches de pertinence conduites au quotidien par les équipes (telles que les réunions de concertation pluri professionnelles en oncologie, les réunions de service ou staffs, les EPP et divers travaux par exemple concernant les chemins cliniques etc.). A terme, la démarche qualité des pôles de l'établissement doit passer par la mise en œuvre de la méthode intitulée « QUASPER » pour « Qualité, Sécurité et Pertinence ». Elle consiste à déployer les deux démarches suivantes dans tous les secteurs d'activité afin d'harmoniser les pratiques et de simplifier la démarche qualité: la pertinence du parcours de soins (étudiée au moyen d'un diaporama type décrivant les différentes étapes et points de rupture du parcours d'un patient ou de plusieurs patients ayant posé des difficultés) et la résolution de problème (appuyée par un document unique et simple appelé « compte rendu flash » permettant de rendre compte des échanges entre professionnels ayant résolu ensemble le problème). Cette démarche d'équipe, appuyée par la direction de la Qualité, Gestion des Risques et Relations avec les Usagers, sera pilotée par des groupes appelés « cercles QUASPER » dont le périmètre sera évolutif en fonction des sujets abordés, des problèmes rencontrés, des habitudes de

travail et de l'historique, et enfin des relations interpersonnelles. Il est ainsi envisageable qu'il existe des cercles QUASPER à l'échelle des pôles, des services et des unités fonctionnelles, mais aussi des cercles QUASPER mêlant des professionnels issus de plusieurs pôles et services. L'agilité est l'une des caractéristiques souhaitées de ces cercles dont la régularité de réunion et la durée de vie seront elles-aussi variables.

### **2.2.2 Présentation des principaux éléments du diagnostic et du plan d'actions : l'ambition d'une approche transversale et évolutive de la pertinence des soins**

La réflexion engagée depuis le printemps 2018 par le CHU de Reims en matière de pertinence des soins est un travail transversal ciblant les grands enjeux de l'établissement et la contribution de chaque secteur d'activité à ceux-ci.

Le diagnostic, synthétisé ci-dessous (et illustré en annexe), a été abordé sous l'angle des priorités du PAPRAPS Grand Est 2016-2020 et complété des résultats des travaux internes existants ; il se conclut par une analyse de type SWOT<sup>51</sup> (présentée en annexe). Les données qui y sont présentées sont issues du PMSI, du dialogue de gestion conduit avec l'ARS en novembre 2017 et des sites Scan Santé et ORFEE.

Le premier axe concerne la pertinence des actes et des pratiques :

- Actes chirurgicaux

En croisant les données obtenues dans le « kit pertinence » de l'ARS présentant la consommation de soins de la population domiciliée dans le territoire du GHT, les données obtenues dans Scan Santé et les chiffres propres au CHU de Reims pour l'année 2016, le diagnostic fait apparaître que pour les sept actes ciblés le CHU de Reims n'est pas ou peu responsable des atypies de recours observées ou bien est au contraire le principal producteur de l'acte, ce qui explique un taux de recours inférieur au taux national. En conséquence, il n'existe pas d'intérêt à agir sur l'une des thématiques régionales prioritaires en matière d'actes chirurgicaux pour le CHU de Reims. Toutefois, certains thèmes pourraient dans le futur faire l'objet d'analyse des pratiques, d'EPP, tels que la pertinence des césariennes programmées à terme (en raison de l'accompagnement possible par le réseau de périnatalité de Champagne-Ardenne). Par ailleurs, le CHU de Reims envisage de pouvoir initier des réflexions sur des pratiques non ciblées au titre des indicateurs de comparaison des pratiques de la CNAM, y compris pour des actes ne disposant pas à ce jour de référentiels pertinence mais pour lesquels des grilles sont en cours d'élaboration dans d'autres établissements.

---

<sup>51</sup> Pour « *strengths, weaknesses, opportunities and threats* » ou en français FFOM pour « forces, faiblesses, opportunités et menaces ». Modèle d'analyse stratégique développé en 1965 par Edmund LEARNED, Roland CHRISTENSEN, Kenneth ANDREWS et William GUTH.

- Prescriptions de biologie

Sur cette thématique, deux dimensions sont abordées. La première concerne les examens pré-anesthésiques : d'après les données 2016 présentées dans le profil réalisé par l'assurance maladie en la matière, les taux du CHU sont meilleurs que la moyenne nationale pour trois des quatre indicateurs étudiés (hémostase chez l'enfant, groupe sanguin, ionogramme sanguin) et comparable à la moyenne nationale pour le dernier (hémostase chez l'adulte), indiquant qu'environ 1 acte sur 5 est potentiellement non pertinent. La deuxième dimension observée reprend les principaux résultats de l'EPP sur la prescription de la procalcitonine menée par le pôle de Biologie, identifiant les principaux prescripteurs avec qui des rencontres sont en cours. Enfin, il est précisé dans le diagnostic qu'un travail est actuellement en cours au sein du pôle Biologie afin d'identifier les trois à cinq examens à plus fort enjeux pour le CHU de Reims en termes de volumes, de coûts et d'évolution de consommation.

- Prescriptions d'imagerie

Sur ce champ, aucune donnée n'était disponible au moment du diagnostic mais un travail identique à celui mené au sein du pôle de Biologie visant à identifier les principaux actes d'imagerie à enjeux est en cours au sein du pôle d'Imagerie.

- Prescriptions médicamenteuses

Après une présentation des travaux précédemment réalisés au CHU de Reims en la matière, ainsi que le travail quotidien de conciliation médicamenteuse et d'analyse pharmaceutique des prescriptions, le diagnostic précise qu'un approfondissement est en cours par le pôle de Pharmacie sur le modèle de la biologie et de l'imagerie.

Le second axe porte sur la pertinence des modes de prises en charge

- Chirurgie ambulatoire vs séjours de chirurgie avec nuitée

Il ressort du diagnostic une vraie dynamique de virage ambulatoire en chirurgie au CHU de Reims entre 2015 et 2016 –avec un taux global supérieur de trois points à l'objectif fixé par l'ARS et supérieur à la moyenne des CHU et une dynamique d'augmentation favorable à l'atteinte des objectifs fixés pour 2020- mais un volume encore significatif de séjours transférables (près d'un quart des séjours de chirurgie avec nuitée réalisés en 2016).

- Taux de transfert vers SSR et HAD

La dynamique de transfert en SSR et en HAD du CHU de Reims font état d'une marge importante de progression en la matière : le taux de transfert en SSR du CHU de Reims

est supérieur à celui des CHU de la région Grand Est en 2016, tandis que celui de transfert en HAD est quatre fois inférieur.

Le troisième axe enfin a trait à la pertinence des parcours et des séjours:

- Journées d'hospitalisation et durée de séjour

Grâce aux résultats de l'enquête menée un jour donné au CHU de Reims en 2016, il a été possible d'identifier un taux de journées d'hospitalisation non pertinente de 24.1% en MCO et de 26.7% en SSR. L'analyse des journées non pertinentes en MCO identifie que le lieu de prise en charge le plus adapté pour les patients était le domicile dans 31.8% des cas et une structure médicalisée de type SSR ou EHPAD pour un patient sur deux. Les causes identifiées étaient l'attente d'une structure d'aval pour 68.3% des patients et l'attente d'un examen ou avis spécialisé pour près d'un patient sur trois.

En matière de durée de séjour, la comparaison des taux de séjours dépassant la borne haute à l'échelle nationale et à l'échelle de l'ensemble des CHU permet de se rendre compte que le CHU de Reims a un taux global supérieur à 10% en MCO en 2017. L'analyse des taux de séjours dépassant la borne haute par GHM fait ressortir les principales activités à l'origine de ces atypies.

Enfin, sur cette thématique de la pertinence des séjours, sont également présentés des indicateurs tels que le taux d'hospitalisations inadaptées et l'identification des spécialités hébergeant et voyant leurs patients hébergés ; ainsi, on mesure qu'à huit secteurs d'activité correspondent 80% des hospitalisations inadaptées, en raison d'un manque de places disponibles.

- Ré-hospitalisations précoces et hospitalisations évitables

Le taux de ré-hospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours du CHU de Reims en 2016 est moindre qu'en 2015 et 2014 et se situe désormais en-dessous du taux de ré-hospitalisation attendu compte tenu de son activité, mais néanmoins au-dessus de la moyenne nationale. L'analyse des séjours par racine de GHM permet toutefois d'identifier certaines disciplines présentant un taux de ré-hospitalisation à sept jours important.

Le taux d'hospitalisations potentiellement évitables entre 2014 et 2016 de la population domiciliée dans la Marne est pour sa part inférieur à la moyenne nationale, mais demeure élevé pour la population des plus de 75 ans (plus d'une hospitalisation sur quatre pourrait en théorie être évitée).

Le tableau situé en annexe présente sous la forme d'une analyse SWOT les forces, faiblesses, opportunités et risques du CHU de Reims en matière de pertinence des soins. Au-regard du diagnostic et de l'analyse SWOT, trois axes de travail prioritaires ont été retenus et validés par la CME du CHU de Reims le 17 mai 2018.

Ont été retenus au titre de la pertinence des prescriptions l'identification des grandes priorités de l'institution en matière de prescription de produits de santé, d'exams de biologie et d'exams d'imagerie (dont le pilotage est respectivement assuré par la COMEDIMS, le pôle Biologie et le pôle d'Imagerie) et la définition d'un examen de biologie, d'un examen d'imagerie et d'un produit de santé prioritaires chaque année, faisant l'objet d'une attention particulière.

Concernant la pertinence des modalités de sortie, plusieurs axes ont été identifiés : une démarche transversale visant à limiter les journées d'hospitalisation non pertinentes, se traduisant notamment par le développement de l'hospitalisation à domicile (piloté par le COPIL HAD), un travail sur le juste recours au SSR (piloté par le pôle Autonomie & Santé) et une enquête (pilotée par la CANP) visant à mieux identifier les principaux examens et avis spécialisés à l'origine de l'allongement des séjours et à déterminer les leviers d'amélioration.

Enfin, la pertinence du parcours de soins est le troisième axe de travail prioritaire du CHU de Reims. Chaque secteur d'activité sera amené à identifier un parcours de soins dont il souhaite étudier la pertinence ; le choix des thématiques sera guidé par les divers problèmes éventuellement rencontrés –à l'instar des évènements indésirables et/ou réclamations- et des atypies repérées dans le diagnostic de l'établissement et retranscrites au sein de leur « profil pertinence » personnalisé.

Les « profils pertinence » ont été élaborés au cours de l'été 2018 et un exemple est présenté en annexe. Chaque service y trouvera présentées les données qui le concernent pour chacun des dix indicateurs, lorsqu'il figure parmi les services ciblés dans le diagnostic institutionnel, et pourra estimer son « poids relatif » dans l'institution. Il pourra également prendre connaissance de la situation des autres services. Ce profil individualisé a vocation à être modifié chaque année au regard des évolutions du service et en tenant compte des données les plus récentes disponibles pour chaque champ investigué.

Le plan d'actions du CHU de Reims en matière de pertinence est lui-même évolutif, afin de prendre en compte le délai entre la production des soins et l'obtention des données (à titre d'exemple, la plupart des données pour 2017 n'ont été obtenues qu'à la fin du printemps 2017), les progrès et reculs des services sur les différentes thématiques de pertinence listées (le taux de chirurgie ambulatoire par exemple est un indicateur dont les résultats peuvent fortement évoluer d'une année à l'autre), mais aussi de l'éventuelle évolution des priorités institutionnelles, régionales ou nationales. Enfin, cette volonté d'un plan d'actions évolutif constitue également une opportunité pour impliquer chaque année la communauté hospitalière dans l'actualisation du diagnostic et des priorités

institutionnelles et par service, s'assurant par là-même une démarche durable et ancrée dans les pratiques.

### **2.2.3 Enseignements tirés de l'expérience du CHU de Reims**

En dépit de son caractère récent, plusieurs enseignements et réflexions peuvent être tirés de la démarche d'amélioration de la pertinence des soins initiée par le CHU de Reims. Tout d'abord, il semble utile d'identifier les principaux enjeux en termes de volumes et de coûts pour l'établissement dans son entier, mais aussi d'intégrer le plus possible des enjeux spécifiques à chacun des secteurs au sein de leur « profil pertinence » personnalisé. Cette double approche, transversale et ciblée, permet aux professionnels de replacer leur réflexion sur la pertinence et leur travail plus largement au sein du cadre institutionnel tout en étant au plus près des problématiques spécifiques qui les concernent.

Ensuite, le calendrier restreint impliqué par la demande de communication de documents par l'ARS (diagnostic, plan d'actions) et la volonté d'élaborer un diagnostic annuel au sein de l'établissement peuvent entrer en contradiction avec le rythme propre de l'hôpital et de ses acteurs, ainsi qu'avec le temps long nécessaire à la réussite d'un travail d'amélioration de la qualité des soins en transversalité au sein d'un établissement. Ainsi, si certaines données du diagnostic peuvent être obtenues directement par le biais des sites Scan Santé et ORFEE ou récupérées dans divers documents institutionnels, pour d'autres, le travail d'extraction et de traitement doit être fait par les services eux-mêmes –sans compter la valeur ajoutée de leur analyse- en particulier pour les chiffres de consommation les plus à jour des pôles de Pharmacie, de Biologie et d'Imagerie. Or ce travail n'est pas nécessairement perçu comme prioritaire et il est parfois difficile d'obtenir l'ensemble des données recherchées à une date donnée. De même, la mise en œuvre d'une démarche qualité -telle que celle des « cercles QUASPER »- prend place sur un temps long.

Par ailleurs, la démarche engagée par le CHU de Reims fait apparaître deux opportunités des établissements de santé en matière d'amélioration de la pertinence des soins. La première concerne la valeur ajoutée que peut représenter un travail en collaboration avec le département de l'information médicale. En effet, l'expertise de celui-ci en ce qui concerne le traitement de données et la connaissance fine des difficultés et qualités des secteurs d'activité ainsi que leurs projets peuvent être de véritables atouts pour la réussite d'une démarche d'amélioration de la pertinence des soins. La seconde

opportunité a trait à la dimension territoriale que pourrait prendre une démarche d'amélioration de la pertinence des soins. En effet, au-delà d'enjeux similaires pour lesquels les leviers d'action pourraient être mutualisés, le sujet de l'amélioration de la pertinence des parcours de soins doit conduire à dépasser le périmètre du seul établissement pour s'ouvrir sur ses partenaires extérieurs. Le GHT constitue à ce titre un cadre privilégié pour développer cette approche territoriale de la pertinence, et semble particulièrement approprié pour certaines filières déjà identifiées dans le projet médical partagé. Au CHU de Reims, le premier pas dans le sens d'une démarche d'amélioration de la pertinence de territoire sera l'élaboration d'une politique en matière de qualité et de gestion des risques partagée par le CHU et le Centre Hospitalier d'Eprenay, en direction commune.

### **2.3 Recommandations pour une application opérationnelle efficace et reproductible de la démarche de promotion de la pertinence des soins dans les établissements publics de santé**

Quels peuvent être les leviers de réussite pour mener à bien une démarche d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé ? Quelles bonnes pratiques managériales de conduite du changement mobiliser ? Les quelques propositions ci-dessous présentées se décomposent en trois grands domaines d'actions pour conduire le changement.

#### **2.3.1 Prioriser et piloter**

- *S'assurer d'un ancrage stratégique et d'un pilotage solide de la démarche*

Afin de maximiser les chances de réussites de la démarche, il semble indispensable de lui offrir un ancrage stratégique. Celui passe tout d'abord par un portage fort de la communauté médicale de l'établissement, et notamment des sous-commissions de la CME. S'assurer d'un soutien de la démarche par les leaders d'opinion au sein de l'hôpital, et en particulier faire du président de la CME un sponsor de la celle-ci, constitue indéniablement un élément favorable. La participation du président de CME doit toutefois dépasser ses seules attributions institutionnelles et se manifester par son implication concrète en tant que professionnel du soin auprès de ses équipes. Ensuite, l'engagement de la direction générale et l'implication de l'équipe de direction dans ce projet dont ils se font les porte-paroles au quotidien permettent une reconnaissance institutionnelle et transversale à la démarche, qui doit enfin être présentées au sein de l'ensemble des principales instances de l'établissement.

Il est également important de déterminer le pilotage le plus approprié pour cette démarche, en fonction des objectifs fixés, de la structuration de l'équipe de direction et du contexte de l'établissement. Un pilotage par la direction de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Relations avec les Usagers, précédemment présenté, constitue un modèle intéressant qui permet l'inclusion dans une démarche qualité institutionnelle transversale, l'usage de méthodologies et d'outils éprouvés et une approche facilitée auprès des professionnels de santé car en lien direct avec leur activité quotidienne et leur objectif principal qu'est la qualité de la prise en charge des patients. Ce pilotage assure aussi un suivi d'ordre plus opérationnel par les équipes de la direction Qualité, garantissant ainsi l'avancement du projet et sa pérennité dans le temps.

- *Prioriser les objectifs tout en faisant preuve de transversalité et d'évolutivité au cours du temps*

Les vertus d'une approche transversale à l'ensemble de l'établissement, engageant l'ensemble des services de soins et non seulement les plus gros consommateurs ou producteurs de soins, ont été évoquées. L'élargissement du champ d'analyse de la pertinence des soins au-delà du MCO en direction des SSR, de l'USLD et des EHPAD éventuellement rattachés à l'établissement constitue une piste supplémentaire d'évolution, une fois la démarche engagée.

Afin de conserver une approche pragmatique et compréhensible de tous les acteurs hospitaliers, il convient de ne pas élaborer un plan d'actions trop étoffé. Au contraire, l'identification de quelques sujets institutionnels majeurs chaque année dans chacun des champs de la pertinence des soins (un produit de santé, un acte d'imagerie, un acte de biologie, une filière de prise en charge en HAD etc.) présente une vision synthétique des objectifs de l'établissement.

Toutefois, réactualiser le diagnostic et les priorités institutionnelles chaque année au regard des progrès accomplis, des nouveaux enjeux de qualité, organisationnels et financiers et des propositions des acteurs offre à la démarche une certaine agilité et lui garantit d'être en phase avec les préoccupations des acteurs.

- *Saisir les opportunités et faire preuve d'initiatives innovantes*

L'engagement dans une démarche d'amélioration de la pertinence des soins s'opère dans un contexte législatif et réglementaire national et régional, mais aussi dans un environnement spécifique à l'établissement. S'il est indispensable de se conformer aux exigences formulées par le Ministère de la santé et l'ARS, la gouvernance régionale en matière de pertinence peut sembler bureaucratique et les outils proposés parfois peu pertinents. Il faut donc oser dépasser le seul cadre réglementaire obligatoire, à la fois

dans la réalisation du diagnostic pertinence de son établissement et dans la définition des priorités et mesures inscrites dans le plan d'actions, afin de s'ajuster aux besoins particuliers de l'établissement et du territoire.

Par ailleurs, le lancement d'une démarche d'amélioration de la pertinence des soins peut être considéré comme une opportunité d'anticiper et de s'adapter au changement probable de positionnement de l'hôpital public de demain. Entre autres évolutions, celui-ci sera certainement placé au sein d'un environnement plus intégré entre professionnels de ville et hospitaliers et son mode de financement évoluera au moins partiellement vers une prise en compte renforcée de la pertinence des soins et des parcours. Les réflexions sur l'amélioration de la pertinence des parcours patient et celle des soins dispensés en établissement de santé seront sans doute indispensables pour décider des nouvelles organisations. Aujourd'hui, déjà, les pouvoirs publics souhaitent promouvoir des initiatives innovantes dans les hôpitaux. Ce souhait s'est traduit par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018<sup>52</sup>, qui vise notamment à susciter des expérimentations concourant à améliorer « *la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale* »<sup>53</sup>. L'appel à projet lancé dans ce cadre-ci peut donc constituer une opportunité pour les établissements de santé de faire connaître et financer certains de leurs projets ayant pour but une amélioration de la pertinence.

- *Ouvrir l'établissement et la démarche de promotion de pertinence des soins à son territoire*

Le système de santé tel qu'il est présente une organisation excessivement cloisonnée, incitant à des redondances (dans les actes, les prescriptions, les séjours) en raison de l'insuffisance du partage d'informations et de la coordination entre acteurs d'un même territoire, répondant aux besoins de santé d'une population donnée. En effet, la pertinence des soins ne découle pas seulement de la qualité des pratiques médicales mais est directement liée à l'organisation du système de santé et à sa capacité à assurer des parcours fluides et coordonnés. Dans ce cadre, porter la démarche d'amélioration de la pertinence des soins à l'échelle d'un territoire de santé contribuerait à dépasser un « fonctionnement en silos » des acteurs de soins et à renforcer la pertinence-même de cette démarche. A ce stade, une approche de la pertinence des soins -et en particulier des parcours de santé- à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire constituerait une première approche significative vers le décroisement des acteurs.

---

<sup>52</sup> Article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, précisée par le décret no 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L 162-31-1 du code de la sécurité sociale

<sup>53</sup> Extrait de la foire aux questions du site du Ministère de la santé et des solidarités : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article/article-51-foire-aux-questions#Q3>

Par ailleurs, une autre initiative territoriale intéressante en matière de pertinence serait la constitution d'un partage de données et de bonnes pratiques méthodologiques entre établissements de taille similaire d'une même région. Au sein de la région Grand Est, ce projet est en germe entre le CHU de Reims et le CHRU de Nancy. Enfin, à l'image de l'initiative de certaines ARS, on peut imaginer qu'un établissement de santé soit à l'origine de la constitution de groupes de pairs volontaires, mêlant des professionnels de diverses provenances mais confrontés aux mêmes enjeux de pertinence, afin d'interroger les pratiques et de déterminer des pistes d'amélioration de celles-ci.

### 2.3.2 Mobiliser les équipes et les ressources

- *Mobiliser des ressources suffisantes pour accompagner la démarche dans la durée*

Parmi les conditions de réussite d'un projet d'amélioration de la pertinence des soins figure la mobilisation de ressources humaines et techniques au sein de l'établissement pour faire vivre la démarche au quotidien et la faire perdurer dans le temps.

Pour cela, il faut tout d'abord ne pas minimiser les « *coûts humains de la qualité* »<sup>54</sup>. Ceux-ci se situent au sein des services des soins, se manifestant par exemple par l'investissement en temps et en énergie nécessaire à la fourniture de données ou encore les réunions de travail, leur traçabilité et leur valorisation, mais aussi au sein-même du service en charge du pilotage et du suivi au long cours de la démarche. Une bonne estimation du temps consacré à ce travail et sa pondération au-regard des autres activités des professionnels impliqués semble donc recommandée.

Par ailleurs, l'investissement dans des ressources matérielles et notamment technologiques est primordial. L'exemple du dossier patient informatisé illustre cela : le partage de données qu'il permet entre professionnels contribuera à la fluidification de l'information entre tous les actes concourant à une prise en charge, en ville comme à l'hôpital ou dans les structures médico-sociales, et par conséquent à une amélioration de la pertinence des soins en général et des parcours en particulier. De même, la mise en place de la prescription connectée au sein des services de soins propose d'accéder à des services tels qu'un système d'alerte en cas d'interaction médicamenteuse et autres outils d'aide à la décision ou encore une saisie électronique des ordonnances médicales (et dont une meilleure lisibilité et une moindre ambiguïté des prescriptions).

Toutefois, l'évaluation des technologies à l'aune de la pertinence des soins peut également amener à ne pas investir dans un équipement ou un logiciel, en raison de sa potentielle contribution à la dégradation de la pertinence des soins ; ainsi, la technologie joue un rôle ambivalent en matière de pertinence, puisque le fait de disposer de machines toujours plus précises peut conduire à « sur-détecter » des éléments considérés comme

<sup>54</sup> HERREROS G., MILLY B., « *La qualité à l'hôpital - Un regard sociologique* », l'Harmattan, 2011, p30

anormaux, qui seront eux-mêmes suivis d'autres examens ou interventions non nécessairement pertinents. A cet égard, l'augmentation du recours à des examens d'imagerie très précis peut conduire à suspecter des cancers et à pratiquer des chirurgies « par sécurité ».

- *Capitaliser sur les acquis théoriques et pratiques, impliquer l'ensemble des professionnels et contractualiser avec eux*

Entre établissements de santé, on constate des degrés divers de sensibilisation à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins. Cette hétérogénéité se manifeste également au sein des structures, où l'acculturation des acteurs à la pertinence des soins varie fortement d'un service voire d'une unité de soins à l'autre. Certaines équipes travaillent en effet sur le thème de la pertinence depuis des années, quand d'autres découvrent l'existence du terme à l'occasion du lancement de la démarche institutionnelle, la plupart se trouvant toutefois à mi-chemin entre ces deux extrêmes, autrement dit s'intéressant et œuvrent à l'amélioration de la pertinence des soins à leur niveau sans nécessairement le mesurer. A l'occasion du lancement d'une démarche institutionnelle sur la pertinence des soins, il est donc souhaitable de s'appuyer sur les travaux précédents conduits en matière de pertinence –thèses, audits sur les journées d'hospitalisation, expérimentations, EPP etc.-, de les réactiver et de les valoriser si nécessaire. De même, il peut être stratégique au commencement de faire en partie reposer la réussite de la démarche sur le travail des équipes et professionnels intéressés et impliqués.

Toutefois, la contagion à l'ensemble de l'établissement ne pourra s'opérer d'elle-même, et il est indispensable de sensibiliser et mobiliser l'ensemble de la communauté hospitalière autour de l'objectif d'amélioration de la pertinence des soins. Ceci passe par le portage institutionnel précédemment présenté, mais aussi par l'inscription de la pertinence des soins dans les pratiques quotidiennes des professionnels afin d'éviter les écueils habituellement reprochés aux démarches projet tel que l'essoufflement de la dynamique ou l'éloignement vis-à-vis des préoccupations concrètes des acteurs. Ainsi, il est envisageable de suggérer l'intégration d'une dimension « étude de pertinence » dans l'ensemble des études médico-économiques et des projets d'investissement de l'établissement ou encore d'interroger la décision d'achat d'un nouvel équipement au regard de ses conséquences sur la pertinence des soins au sein de la structure (et non seulement de ses qualités techniques, de sécurité ou de son retour sur investissement).

Enfin, la mobilisation des équipes autour d'une démarche d'amélioration de la pertinence des soins peut également se traduire par une contractualisation sur des objectifs –si possible de résultats, sinon de moyens- en matière de pertinence des soins. Le pôle constitue à ce jour l'échelon le plus sollicité pour fixer des objectifs aux

professionnels de l'hôpital. En effet, les contrats de pôle, leur suivi et leur actualisation, sont –dans la majorité des établissements- désormais entrés dans les mœurs, et il est envisageable d'y inclure des indicateurs ayant trait à la pertinence des soins, dans l'idéal différenciés au sein de chaque pôle en fonction des enjeux propres à chacun. Au moment des entretiens, cette possibilité n'avait été mise en place dans aucun des CH-R/U du Grand Est interrogés, mais elle est à l'étude au CHU de Reims. A terme, on peut imaginer l'intégration d'objectifs –et d'indicateurs- relatifs à la pertinence des soins au sein des projets d'établissement voire des projets médico-soignants partagés de territoire.

### **2.3.3 Communiquer et intégrer les patients dans la démarche d'amélioration de la pertinence des soins**

- *Faire preuve de transparence*

Faire preuve de transparence à toutes les étapes de la démarche d'amélioration de la pertinence des soins –dans les intentions, les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus- constitue une première bonne pratique favorisant la réussite de ladite démarche. En effet, elle permet d'éviter tout soupçon de dissimulation ou de dessein comptable caché et atténue le scepticisme de certains professionnels quant aux démarches qualité supposément obscures ou au dénouement incertain.

Garantir la transparence des méthodes de calcul et d'obtention des données, c'est également faciliter l'accès direct des professionnels à ces données ou bien encore susciter des recherches, analyses et propositions de travail de leur part. Sans prôner un «*affichage des dérives* »<sup>55</sup> et sans stigmatiser volontairement certains secteurs plutôt que d'autres, la transparence des chiffres institutionnels et propres à chaque secteur en matière de pertinence contribue à interroger les habitudes et à s'engager dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles.

Être transparent, c'est enfin s'assurer de suggestions, discussions, débats avec les professionnels de terrain ou les homologues d'autres établissements sur la méthode utilisée, qui permettront de l'améliorer.

- *Informier et communiquer largement sur la démarche en faveur de la pertinence des soins*

La communication faite auprès des acteurs et des usagers est essentielle pour informer l'ensemble des publics concernés et participe à leur sensibilisation à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins.

En ce qui concerne la communication auprès des professionnels, ce travail a précédemment évoqué la valeur ajoutée d'une approche fondée sur la communication de

---

<sup>55</sup> MORNEX R. et al., « Pertinence des actes médicaux », *Revue hospitalière de France* n°547, novembre-décembre 2010, p. 40-45

données factuelles aux professionnels, dont ils peuvent se saisir afin de déterminer leurs priorités. Fournir en routine des indicateurs de pertinence des soins aux managers hospitaliers, notamment au niveau des pôles et des services, permet d'acculturer les acteurs à la pertinence des soins et les munit d'un outillage opérationnel pour progresser dans la définition, l'atteinte ou la réévaluation de leurs objectifs propres comme des objectifs institutionnels. La communication de tels indicateurs ne doit d'ailleurs pas se limiter aux professionnels, ainsi que le rappelle l'OCDE, « *il est essentiel d'améliorer l'information. La production et la publication d'indicateurs (comme ceux qui ont trait aux soins inutiles ou à faible valeur, à la sur-prescription d'antibiotiques, ou aux sorties d'hôpital retardées) sont indispensables pour sensibiliser un plus large public à l'ampleur de ce problème.* »<sup>56</sup>. Enfin, développer une démarche de communication à l'attention de ses professionnels de santé, en particulier des médecins et prescripteurs, sur le modèle des campagnes « Choisir avec soin » peut constituer une initiative opportune pour les établissements de santé, à condition de l'élaborer en collaboration rapprochée avec la communauté médicale et soignante, sur la base des recommandations des sociétés savantes et de l'HAS.

Auprès des usagers et patients, un établissement de santé pourrait également initier des campagnes de sensibilisation ciblées des patients, en lien avec les partenaires du territoire -hospitaliers ou non. Ces campagnes auraient pour but d'attirer l'attention du public sur l'étendue des actes et prescriptions à faible valeur ajoutée ainsi que les risques associés à un recours inapproprié aux soins. Les messages passés devront être courts et l'affichage le plus large possible (au sein des salles d'attente de médecins libéraux, des urgences, des pharmacies d'officine partenaires etc.).

- *Solliciter et renforcer l'expertise des patients en matière de pertinence des soins*

La dernière recommandation consiste à remettre l'expérience du soin par le patient au cœur de la démarche d'amélioration de la pertinence des soins d'un établissement de santé.

Au sein d'un établissement de santé, il est ainsi envisageable d'associer la Commission des Usagers, les associations de patients voire des patients volontaires et si possibles présents de façon récurrente au sein de l'institution, aux réflexions sur un ou deux parcours identifiés comme posant des difficultés particulières en matière de pertinence.

Plus largement, les établissements de santé ont un intérêt à se pencher sur la valeur des soins apportés aux patients et sa mesure à chaque étape de leur plan d'actions et pour chacune de ses dimensions. S'interroger sur les résultats et les informations qui importent le plus pour les patients, sur la compréhension qui est la leur des explications

---

<sup>56</sup> OCDE, « Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé », 2017

données par les médecins sur leur état ou encore sur la perception du service rendu par les professionnels, c'est prendre en compte le point de vue et l'expertise des bénéficiaires sur la pertinence des soins.

Enfin, il relève en partie de la responsabilité des établissements de santé de favoriser l'expertise des patients en matière de pertinence des soins, tous n'étant pas également dotés pour s'informer et décider de leurs soins. Pour cela, il est possible d'intégrer au sein des documents remis aux patients (livret du patient hospitalisé, documents d'information), des outils d'aide au dialogue avec les médecins, sur le modèle des trois questions structurant l'échange sur un soin prescrit du programme « *Choosing Wisely* »<sup>57</sup> : « Quels sont les côtés négatifs du soin ? » ; « Y a-t-il des options plus simples et plus sûres ? » ; « Que se passe-t-il si je ne fais rien ? ». Sensibiliser les patients et les outiller pour améliorer l'expression de leurs exigences en matière de qualité de la prise en charge sont des gestes forts en faveur de l'amélioration de la pertinence des soins, à la fois vis-à-vis des patients et des usagers eux-mêmes, mais aussi pour l'ensemble de la communauté hospitalière. Enfin, il est probable que le législateur déploie prochainement des indicateurs de perception de l'expérience des patients sur leur prise en charge, sur le modèle des *Patient Reported Outcome Measures (PROMs)* mis en place par le *National Health System* de Grande-Bretagne depuis 2009 pour quelques interventions chirurgicales (prothèses de genou, de hanche). Ce projet est tout au moins évoqué par la CNAM dans son pré-rapport « Charges et produits pour 2019 » dans la dimension « La pertinence des soins ».

---

<sup>57</sup> Rappelées dans le compte-rendu de l'HAS, « La pertinence des soins - Point de vue d'usagers et de citoyens », octobre 2017

## Conclusion

La notion de pertinence des soins est complexe à appréhender dans le contexte hospitalier. Si elle a fortement trait à l'activité médicale, elle dépend également de l'ensemble des organisations hospitalières. A ce titre, elle relève de la responsabilité du directeur d'hôpital, qui peut s'en saisir comme d'un véritable levier de performance et de transformation de son établissement, dans le sens d'une meilleure prise en charge de la population de son territoire. Toutefois, cela ne peut se faire sans heurts, obligeant le directeur d'hôpital à se confronter à la réticence de certains acteurs et à quelques paradoxes de sa fonction. Les expériences étrangères, les attentes renforcées du Ministère et des ARS, la constitution progressive d'outils et le déploiement de démarches régionales d'amélioration de la pertinence des soins peuvent néanmoins être considérés comme autant d'incitations et d'appuis aux établissements de santé.

Les établissements publics de santé ont en effet tout intérêt à se saisir du sujet de la pertinence. S'il n'existe pas de méthode idéale qu'il suffirait de dupliquer dans chaque établissement, nous espérons toutefois, à travers l'exemple du CHU de Reims, avoir fourni quelques bonnes pratiques utiles pour s'engager dans une démarche concrète d'amélioration de la pertinence des soins. Si le projet rémois est désormais sur les rails et devrait produire ses premiers résultats en 2019, il faudra néanmoins attendre encore avant de mesurer son efficacité sur la durée.

L'amélioration de la pertinence des soins en France ne peut toutefois pas se concrétiser uniquement sous l'effet des initiatives d'établissements de santé volontaires. Une stratégie nationale globale opérant dans tous les secteurs du système de santé est en réalité indispensable, ainsi que l'indique la FHF dans sa plateforme de propositions pour 2017-2022<sup>58</sup> « *la concrétisation d'une démarche forte sur la pertinence des actes doit constituer un chantier prioritaire (...)* » tant ses enjeux sont « *absolument majeurs* ». S'il est impossible de présenter dans le détail les caractéristiques de cette stratégie globale, il est toutefois envisageable de préciser que celle-ci devra comporter :

-une évolution du modèle de financement du système de santé. Selon l'OCDE « *les décideurs doivent instaurer un environnement qui récompense la pertinence des services dispensés plutôt que leur quantité- il s'agit par exemple de passer à des systèmes de paiement qui encouragent des soins utiles aux patients* ». <sup>59</sup> Cette évolution pourra notamment se traduire par : (i) une incitation à la qualité en général et à la pertinence en particulier en associant une rémunération à l'épisode de soins (pour renforcer la coordination des acteurs et la pertinence des parcours, réduire les coûts et améliorer la qualité à travers une diminution des complications, des ré-hospitalisations et des

<sup>58</sup> <https://www.fhf.fr/Actualite/A-la-Une/La-plateforme-de-propositions-de-la-FHF-pour-2017-2022>

<sup>59</sup> OCDE, « Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé », 2017

admissions en urgence) à la fixation et au suivi d'indicateurs qualité. Si l'on en croit certains chercheurs, le passage à un tel modèle de financement bien après de nombreux pays européens et anglo-saxons pourrait constituer une réelle opportunité<sup>60</sup>. (ii) le financement d'initiatives et de stratégies de prévention, en les intégrant à un mode de rémunération regroupé.

-une formation et acculturation des prochaines générations de professionnels de santé. En dépit de l'importance d'une sensibilisation et d'une formation initiale et continue des professionnels de santé à la pertinence des soins, celle-ci est aujourd'hui quasiment absente des divers cursus. Il est donc essentiel d'inscrire ce thème au programme des études médicales, pharmaceutiques et soignantes<sup>61</sup>.

-une information et une sensibilisation larges des bénéficiaires du système de soins. Les effets bénéfiques des campagnes médiatiques de rationalisation du recours aux antimicrobiens en France (-26.5% sur la période 2002-2005<sup>62</sup>) et plus récemment en Belgique (-39% de consommation d'antibiotiques entre 2000 et 2015 et 642 millions d'euros économisés<sup>63</sup>) illustrent l'intérêt de campagnes médiatiques ciblées sur les consommateurs de soins. Il semble donc opportun de lancer une campagne nationale d'ampleur de promotion de la pertinence des soins à destination des patients et du grand public, incitant notamment à discuter davantage de la balance bénéfice/risque afin d'aider à une prise de décision optimale de chacun.

En somme, il faut comme le présentent David C. GOODMAN et John E. WEINBER<sup>64</sup> l'action combinée de trois acteurs-clés -pouvoirs publics, médecins et soignants, et patients- pour « *promouvoir des soins de qualité répondant aux besoins des patients, à réduire l'incidence des procédures à faible valeur ajoutée et à améliorer l'efficacité des soins de santé* ». Si l'amélioration de la pertinence des soins de notre système de santé est la responsabilité de tous, je me réjouis pour ma part, en tant que jeune directrice, d'avoir l'opportunité, la tâche et la détermination d'accompagner les évolutions de l'hôpital public vers davantage de pertinence.

<sup>60</sup> « *La France commence tout juste à réfléchir à l'évolution de la T2A vers de nouvelles formes de tarification, et a l'avantage de pouvoir bâtir son nouveau système sur la base de connaissances internationales acquises depuis plus d'une décennie (...) afin notamment d'éviter les écueils dans lesquels ces expériences passées ont pu tomber* », d'après BEIJA M., GEORGES-PICOT A. « Quelles leçons tirer du financement au parcours de santé à l'étranger ? », *Finances hospitalières*, avril 2018, p. 15-20

<sup>61</sup> A titre d'exemple, un certificat optionnel intitulé « Pertinence des examens complémentaires » a été mis en place à la Faculté Lyon Est en 2010 ; créé par un groupe d'enseignants (cliniciens et médecins de santé publique), il est ouvert aux étudiants de 2<sup>ème</sup> année du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM2) et a pour but d'interroger les étudiants sur la prescription d'actes et d'introduire des réflexes tels que l'évaluation du bénéfice-risque et du bénéfice-coût, et de penser les notions de pertinence et de qualité des soins à l'échelle du praticien mais aussi de l'institution. Cette initiative est présentée par DURIEU I., « Enseigner la pertinence de la prescription d'examen complémentaires à la faculté », *Actualités et Dossiers en Santé Publique* n°92, septembre 2015, p. 37

<sup>62</sup> SABUNCU E. et al., « *Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002-2007* », 2009

<sup>63</sup> GOOSSENS et al., « *Antimicrobial resistance: Prevention and Not Just Treatment* », 2015

<sup>64</sup> Préface de l'« Atlas des variations de pratiques médicales en France », 2016

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages

- Dr THIERRY J-P. et RAMBAUD C., « Trop soigner rend malade », Albin Michel, 2016
- AUBERT F-J, Les relations entre directeur et médecin à l'hôpital public : Management stratégique et décision », LEH Editions, 2016
- HERREROS G., MILLY B., « La qualité à l'hôpital - Un regard sociologique », L'Harmattan, 2011

### Articles de périodiques, revues

- BEIJA M., GEORGES-PICOT A. « Quelles leçons tirer du financement au parcours de santé à l'étranger ? », *Finances hospitalières*, avril 2018, p. 15-20.
- BENSADOUN B., « Pertinence et impertinence », *DH Magazine* 156, 2<sup>ème</sup> quadrimestre 2017, p. 30-33.
- RACHET-JACQUET L., ROCHAIX L., SANCHEZ M-A, « *Revue de littérature en vue de l'expérimentation d'un nouveau mode de tarification à l'hôpital : le paiement à l'épisode de soins* », publication Hospinnomics, septembre 2017.
- TROSINI-DESERT V., SIMILOWSKI T., DE KERVASDOUE J., LAJONCHERE J-P, « Analyse de la pertinence des séjours hospitaliers, un exemple de recherche d'optimisation », *Gestions Hospitalières*, mai 2017, p. 318-321
- PRATMARTY S., SAMYN E., LE BAIL M., « Comprendre les variations de pratiques médicales », *Gestions Hospitalières*, mars 2017, p. 178-180
- MARIN P., « " Nouveau management public" et intégration des médecins dans le pilotage stratégique et le management des établissements publics de santé », *Cahiers de la fonction publique*, 2016, p. 69-74
- AUBERT F-J, « La confiance à l'hôpital entre directeurs et médecins : une approche par le modèle du consensus apparent dans le processus de prise de décision », *Cahiers de la fonction publique* 2016 - p.67-71.
- GOOSSENS et al., « *Antimicrobial resistance : Prevention and Not Just Treatment* », 2015
- "Pertinence des soins et variations des pratiques médicales », dossier, *Actualités et Dossiers en Santé Publique* n°92, septembre 2015, p 9-58, dont :
  - DURIEU I., "Enseigner la pertinence de la prescription d'examen complémentaires à la faculté", p. 37

- FOUCHARD A., « La pertinence : nouvelle justification pour faire des économies ou nouvelle dimension de la qualité des soins ? », p. 10-13
- MORNEX R. et al., « Pertinence des actes médicaux », *Revue hospitalière de France* n°547, novembre-décembre 2010, p. 40-45.
- « Pertinence des soins : un enjeu éthique, une valeur de l'hôpital public », *Revue hospitalière de France* n° 547, novembre-décembre 2010, p 46-47
- LE MOIGN R., « Pertinence des actes et des séjours – Point de vue de la Haute Autorité de Santé », *Revue hospitalière de France* n°547, novembre-décembre 2010, p. 48-49.
- GAREL P et LOMBARDI G., « Pertinence des soins hospitaliers en Europe et à l'international », *Revue hospitalière de France* n°547, novembre-décembre 2010, p. 50-552
- GUIRAUD-CHAUMEIL B. « La formation idéale d'un médecin », *Les tribunes de la santé*, 2007

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

- SAFON M-O, « Les outils d'amélioration de la pertinence de soins - Les enseignements de l'étranger », *Revue de littérature de l'IRDES*, juin 2018.
- Enquête ODOXA pour la Fédération Hospitalière de France, « La pertinence des actes et examens médicaux », 2017
- OCDE, « Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé », 2017
- Cour des Comptes, « L'avenir de l'Assurance Maladie - Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs », 2017
- Cour des Comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », 2017.
- VANLERENBERGHE J-M., « Améliorer la pertinence des soins, un enjeu majeur pour notre système de santé », Sénat, 2017.
- Fondation Concorde, « Pertinence des soins : Un levier pour un système médical plus sûr et moins coûteux », 2017
- CHASSEING D-E « L'imagerie médicale en France », rapport d'information n° 602, 2016.
- LE MENN J. « Biologie médicale : réussir la réforme, maîtriser les coûts », Rapport d'information n° 785, 2013
- Enquête TNS pour la FHF, « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés », 2012
- DGOS, « Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins », 2012

### **Thèses et mémoires**

- ARDOUIN A., « Pertinence des journées d'hospitalisation au CHU de Reims : d'une démarche qualité d'amélioration du parcours patient à une réflexion institutionnelle », Thèse de doctorat en médecine, 2018
- PANTANELLA M, « Evaluation de la pertinence de la prescription chez le sujet âgé en traumatologie au CHU de Reims », mémoire de diplôme d'études spécialisées de pharmacie, mai 2018.
- BERGERET A., «Evaluation de la pertinence de la prescription chez le sujet âgé au CHU de Reims », mémoire de diplôme d'études spécialisées de pharmacie, mai 2017.
- SOULARD J., « La pertinence des actes de biologie au Centre Hospitalier de Valence : quels outils pour favoriser la juste prescription ? », Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2014
- REVELLE M., «Améliorer la pertinence des prescriptions médicamenteuses : quel rôle pour les équipes pharmaceutiques de pôle au CHU de Toulouse ? », Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2011

### **Supports et textes juridiques**

- Décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé.
- Article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018
- Décret n°2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé

### **Sites internet, ressources en ligne**

- « Choisir avec soins », version francophone de la campagne nationale « *Choosing Wisely Canada* » : <https://choisiravecsoin.org/>
- Solidarité-santé.gouv.fr
- <https://www.fhf.fr/>
- Présentation du PAPRAPS Grand Est 2016-2019 : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/optimisation-de-la-pertinence-des-soins-papraps-grand-est>
- Présentation du dispositif CAQES Grand Est : [https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-10/Pr%C3%A9sentation\\_dispositif\\_CAQES\\_r%C3%A9unions\\_ARS\\_GRANDEST\\_0.pdf](https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-10/Pr%C3%A9sentation_dispositif_CAQES_r%C3%A9unions_ARS_GRANDEST_0.pdf)

- Site de la Société Française de Pharmacie Clinique : <http://sfpc.eu/fr/la-sfpc.html>

### **Ressources internes**

- « Diagnostic et axes de travail en matière de pertinence des soins », CHU de Reims, mai 2018
- « Plan d'actions en matière de pertinence des soins », CHU de Reims, point d'étape au 12 juillet 2018

### **Entretiens menés en-dehors du CHU de Reims**

- Entretien avec Mme TREINS Caroline, directrice au sein de la Direction des Affaires Générales, Juridiques et de la Qualité au CHR de Metz-Thionville, 12 juillet 2018
- Entretien avec M. WASNER Amaury, directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques au CHRU de Nancy, 18 juillet 2018
- Entretien avec Mme BILLING Michèle, directrice de la Qualité et de la Gestion des Risques aux Hospices Universitaires de Strasbourg, 30 juillet 2018

---

## Liste des annexes

---

- Annexe n°1 : Méthodologie et limites de la recherche
- Annexe n°2: Grille de questions utilisée pendant les entretiens
- Annexe n°3 : Tableau « SWOT » du CHU de Reims en matière de pertinence des soins, réalisé au printemps 2018
- Annexe n°4 : Extraits du diagnostic pertinence élaboré au CHU de Reims au printemps 2018
- Annexe n°5 : Exemple de « profil pertinence », conçu à l'été 2018
- Annexe n°6 : Encadré sur « *Choosing Wisely* »
- Annexe n°7 : Encadré sur « *Orthochoice* »

## Annexe n°1 : Méthodologie et limites de la recherche

### ***Le choix du sujet***

En dépit de leur intérêt, les principales missions qui m'ont été confiées au mois de janvier 2018 portaient sur des thématiques déjà traitées dans des mémoires d'élève directeur d'hôpital. Il a donc semblé opportun de choisir un autre sujet, et celui de la pertinence des soins en établissement de santé est apparu justifié, tant au regard de son actualité au niveau national, à l'échelle régionale et au sein du CHU de Reims, que par sa complexité et son aspect pluridimensionnel. De plus, j'avais eu l'occasion d'aborder brièvement la pertinence des soins au cours de mes études, dans des enseignements d'économie de la santé et de qualité, et ce mémoire constituait une occasion d'approfondir mes connaissances et d'apporter une dimension pragmatique au sujet, à la veille du début de mon exercice professionnel en tant que directrice d'hôpital.

Par ailleurs, si contribuer à l'élaboration d'une démarche d'amélioration de la pertinence des soins au CHU de Reims ne figurait pas initialement parmi les missions effectuée au cours de mon stage long de direction, j'ai eu l'opportunité à partir du printemps de travailler au quotidien sur cette démarche, en lien avec le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le directeur de la Qualité, Gestion des Risques et Relations avec les Usagers. Ainsi, la participation à des réunions institutionnelles de présentation de la démarche, la contribution à l'élaboration du diagnostic en lien avec les acteurs hospitaliers et la construction d'un modèle pour les « profils pertinence » ont enrichi ma réflexion et je l'espère ce travail.

Toutefois, même si je ne regrette aucunement d'avoir traité de la pertinence des soins dans mon travail de recherche, je tiens à souligner à l'attention des élèves issus des prochaines promotions qui pourront lire ce travail, que le choix d'un sujet de mémoire ne faisant pas partie des dossiers principaux confiés au début du stage ajoute une charge de travail importante qu'il ne faut pas négliger.

### ***La méthodologie***

La méthodologie choisie pour réaliser ce travail se décompose de la façon suivante :

#### *1. Recherches théoriques et revue de littérature*

De façon assez classique, ce travail a débuté par des recherches bibliographiques et une étude de la littérature nationale et, dans une moindre mesure, internationale en matière de pertinence des soins. L'objectif était d'affiner mes connaissances sur ce thème, de faire un état des lieux du traitement de ce sujet et d'appréhender plus en

détails ses implications pour les établissements de santé aujourd'hui. Il s'agissait également de recueillir des retours d'expérience et de prendre connaissance des initiatives conduites par certains établissements de santé en la matière.

La littérature concernant la pertinence des soins est pour le moins abondante et ancienne, et se compose d'articles scientifiques, de publications académiques, de rapports parlementaires ainsi que de documents variés. En revanche, il n'existe pas à ma connaissance d'écrits concernant des démarches globales d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé, bien que les mémoires d'élève directeur d'hôpital de deux prédécesseurs de l'EHESP -portant sur la pertinence des prescriptions médicamenteuses et des prescriptions de biologie- m'aient été très utiles.

## *2. Recueil d'informations en interne au CHU*

Afin d'appréhender la vision de la pertinence des soins des acteurs de terrain, j'ai échangé avec le médecin responsable de l'information médicale du CHU de Reims et du GHUC, le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, le directeur de la Qualité, Gestion des Risques et Relations avec les Usagers et au cours de diverses réunions d'information, de présentation, avec des chefs de pôle ou chefs de service, je suis parvenue à mieux comprendre leur abord de la question, leurs attentes et leurs craintes, ainsi que l'historique de l'établissement en la matière.

En complément, il m'a été permis de prendre connaissance de l'ensemble des documents institutionnels relatifs à la pertinence des soins, ou de tout autre document utile à mes recherches.

## *3. Tentative de benchmark à l'échelle régionale au travers d'entretiens*

Enfin, il m'a semblé important de dépasser le simple cadre du CHU de Reims et du GHUC afin de prendre connaissance d'expériences réalisées ailleurs. Le cadre régional a été retenu, compte tenu du fait que les établissements de santé du Grand Est ont en commun des attentes de l'ARS Grand Est en matière de pertinence des soins. Afin de pouvoir comparer les établissements entre eux, et compte tenu du caractère étoffé de la grille de questions élaborée, le choix a été fait de n'interroger que les trois établissements publics de santé de taille similaire au CHU de Reims en région Grand Est : le CHRU de Nancy, les Hospices Universitaires de Strasbourg et le Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville.

## ***Les limites de ce mémoire professionnel***

La principale limite de ce travail réside dans le manque de recul actuel sur la démarche du CHU de Reims en faveur de la pertinence des soins, ambitieuse par son

champ couvert, le nombre d'acteurs concernés et ses objectifs mais nécessairement longue à se diffuser dans tout l'établissement. De même, ses effets à court terme et dans le temps nous sont aujourd'hui encore inconnus.

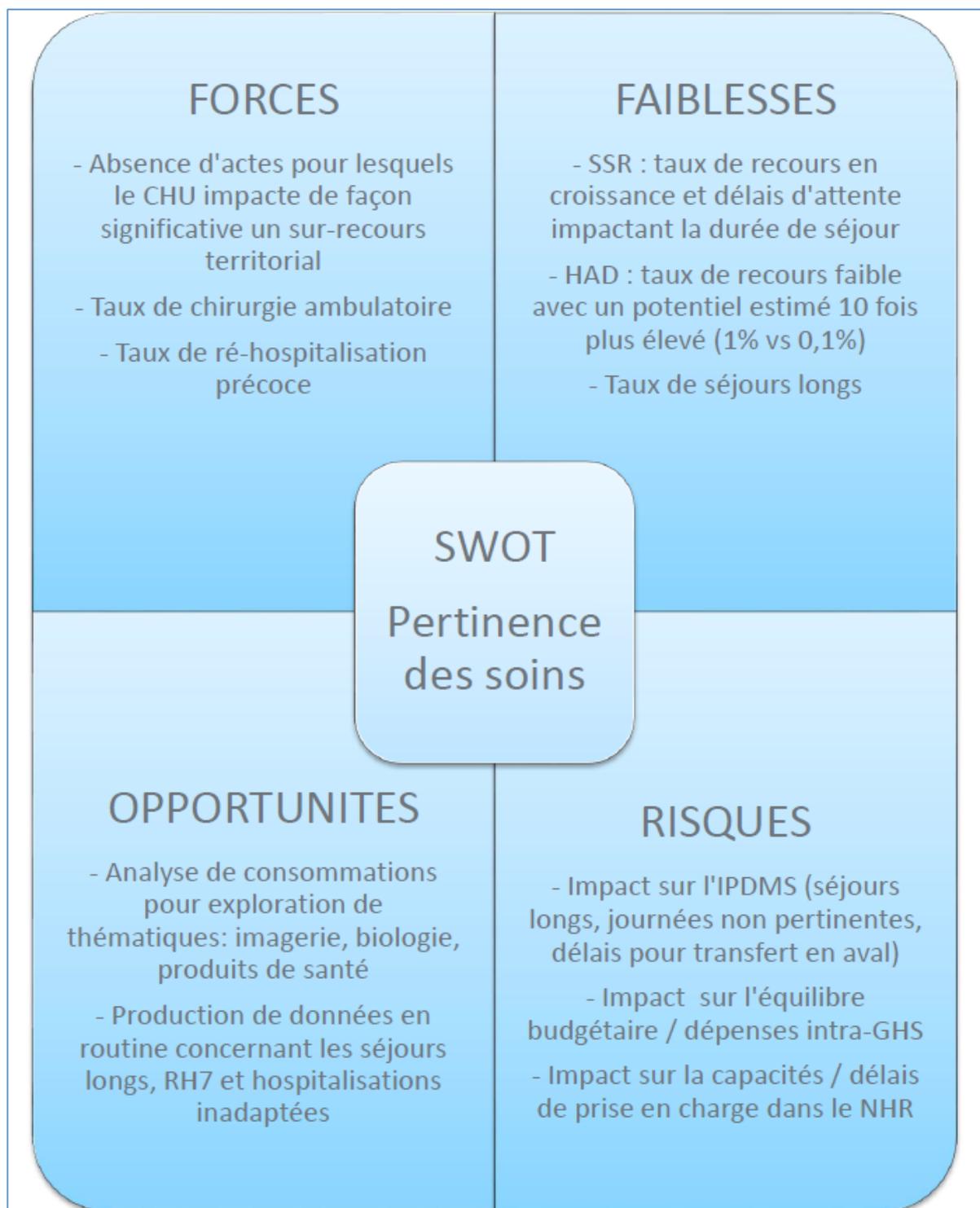
La nouveauté de la pertinence des soins en tant que sujet d'intérêt institutionnel dans les établissements interrogés peut également constituer une limite de cette recherche. En effet, lors des entretiens, il est fréquemment apparu que la démarche était encore naissante et les initiatives fragmentées, ne permettant pas à ce stade d'identifier de bonnes pratiques abouties et éprouvées. De plus, malgré leur bonne volonté, mes interlocuteurs n'ont pas toujours été en mesure de répondre avec précision à mes questions, rendant moins intéressante l'exploitation des questionnaires.

## Annexe n°2: Grille de questions utilisée pendant les entretiens

- **Éléments généraux**
  - Etablissement
  - Fonction(s) occupée(s)
  - Noms et qualité(s) des référents pertinence
  - Taille et composition de la Direction de la Qualité
  
- **Contexte de l'établissement en matière de pertinence**
  - Selon vous, qu'est-ce que la pertinence (des actes, des soins, des séjours)?
  - Quelle définition de la pertinence a été retenue au sein de votre établissement?
  - Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré de sensibilisation de la communauté médicale à la question de la pertinence (10 étant le plus haut niveau)?
  - Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré de sensibilisation de la communauté soignante à la question de la pertinence (10 étant le plus haut niveau)?
  
- **Historique de la pertinence dans l'établissement**
  - Jusqu'à aujourd'hui, comment et par qui est portée la démarche de pertinence au sein de votre établissement?
  - Quels travaux de diagnostic sur la pertinence préexistaient à la demande de l'ARS de l'automne 2017?
  - Comment et par qui avaient-ils été élaborés?
  - En particulier, avez-vous participé à des expérimentations sur la pertinence par le passé?
  - Quel a été l'accueil réservé à la démarche de l'ARS sur la pertinence au sein de l'établissement, auprès de la direction? Auprès des médecins?
  
- **Pilotage de la démarche**
  - Quelle(s) direction(s) et quel(s) acteur(s) ont porté historiquement et portent aujourd'hui la politique de promotion de la pertinence au sein de votre établissement?
  - Quel est le rôle joué par le Département de l'Information Médicale dans la démarche? Et la Direction des Affaires Financières?
  - Quel est le degré d'implication de la communauté médicale, notamment au-travers de la CME, dans la démarche de pertinence?
  - Existe-t-il des comités ou groupes en charge du pilotage de la pertinence?
  - Selon vous, quel(s) acteur(s) est (sont) le(s) plus à même de piloter la démarche pertinence dans un établissement de santé? Et dans le vôtre en particulier?
  - Selon vous, est-il pertinent de mettre en place un comité/ une commission spécifique relative à la pertinence? Si oui/ non pourquoi?
  
- **Diagnostic**
  - Comment (selon quelles méthodes) et par qui a été conduit le diagnostic de pertinence au sein de votre établissement?
  - Pouvez-vous en citer les points les plus saillants?
  - Quels aspects de la (non)pertinence ont été particulièrement mis en valeur ?
  - Selon votre intuition, votre expérience et les résultats du diagnostic, quelles sont les principales causes de non-pertinence au sein de votre établissement?
  - Dans votre établissement, la partie du diagnostic relative aux actes identifiés par l'ARS dans le kit Pertinence s'est-elle révélée utile? Si oui, pour quels actes? Quels autres axes avez-vous identifiés et qui n'en faisaient pas partie?
  
- **Plan d'actions**

- Comment avez-vous structuré votre plan d'actions? Quels éléments du diagnostic avez-vous décidé de cibler plus particulièrement?
  - Qui sont les personnes/ commissions/ pôles/ services responsables de le porter et de le faire aboutir?
  - Quelles priorités vous êtes-vous données pour les six prochains mois? Les deux prochaines années?
  - Selon quel calendrier votre plan d'actions s'échelonne-t-il?
  - Quelle communication est-faite ou envisagée en interne et en externe au sujet de la démarche pertinence de votre établissement?
- **Indicateurs de suivi**
    - Quels indicateurs sont déjà suivis au sein de votre établissement en matière de pertinence? Selon quelle régularité? Comment ont-ils été élaborés?
    - Avez-vous décidé de nouveaux indicateurs de suivi et d'évaluation de la pertinence à l'occasion de la réflexion demandée par l'ARS? Quels sont-ils à ce stade de la réflexion?
    - Comment mesurez-vous l'impact global de votre démarche de pertinence? Selon quelle méthode?
- **Outils d'amélioration de la pertinence**
    - Quels outils et dispositifs de juste prescription (des actes de radiologie, de biologie etc.) existent au sein de votre établissement (ex logiciel de détection des doublons, fiches de bon usage des examens de radiologie/ biologie etc.)?
    - Une contractualisation a-t-elle été mise en place avec les services sur le sujet de la pertinence? Si oui, dans quels domaines et sur la base de quels indicateurs? Les contrats de pôle comportent-ils une dimension pertinence?
    - Existe-t-il un guide des bonnes pratiques ou un manuel de bon usage, concernant les actes de biologie/ de radiologie/ le médicament, diffusé dans votre établissement?
    - Quels outils informatiques actuellement en place dans votre établissement contribuent selon vous à améliorer ou encourager la pertinence?
    - Un intéressement des pôles et/ ou services a-t-il été mis en place dans votre établissement, en fonction des résultats des indicateurs de pertinence?
    - Selon vous, quels sont les outils qui permettraient d'améliorer de façon sensible la pertinence des prescriptions, des actes, des soins et des séjours au sein de l'établissement?

Annexe n° 3: tableau « SWOT » du CHU de Reims en matière de pertinence des soins, réalisé au printemps 2018



Annexe n°4 : Extraits du diagnostic pertinence élaboré au CHU de Reims au printemps 2018

Annexe n°4 – a : Extrait du diagnostic pertinence concernant les actes chirurgicaux

Actes	Taux de recours (indice national)	Production du CHU au sein du GHT	Profil assurance maladie	Synthèse	Intérêt à agir
Chirurgie bariatrique (total)	0,91	14% 55/399	Etablissement non ciblé Indicateurs de parcours comparables à la moyenne	Pas d'atypie de recours, faible production, pas d'anomalie significative dans le parcours	NON
Chirurgie bariatrique racine 10C09	8,15	0% 0	NC	Pas d'activité au CHU	NON
Chirurgie du canal carpien	1,42	13%	Segment A	Faible production, pas d'anomalie significative dans le parcours	NON
Thyroïdectomie	1,36	17%	Structure non ciblée	Faible production, pas d'anomalie significative dans le parcours	NON
Chirurgie du rachis (total)	1,15	30% 278/914	NC	Sur-recours modéré et en diminution (1,30 en 2014)	NON
Chirurgie du rachis (racine 08C52)	0,60	44% 68/154	NC	Sous-recours correspondant à une production principalement réalisée par le CHU	NON
Chirurgie du rachis (racine 08C27)	1,42	26% 210/760	NC	Production majoritairement hors CHU	?

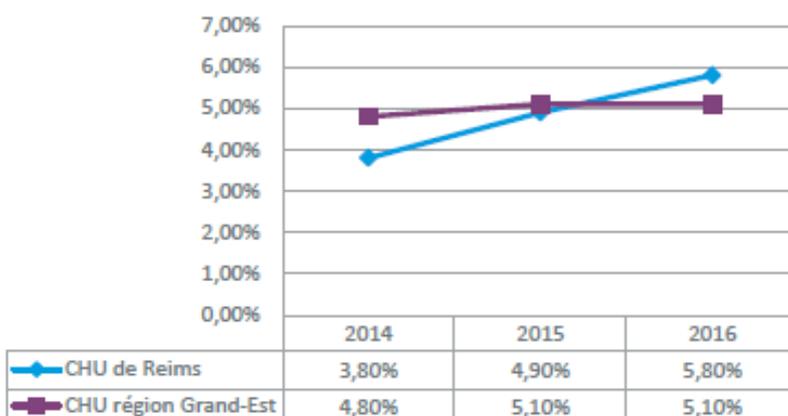
Annexe n°4 – b: Extrait du diagnostic pertinence concernant la pertinence des modes de prise en charge (Chirurgie ambulatoire)

Taux global de chirurgie ambulatoire du CHU de Reims				
Résultat 2014	Cible 2014	Ecart	Taux des CHU	Ecart
28,4%	29,2%	-0,8%	32,6%	-4,2%
Résultat 2015	Cible 2015	Ecart		
31,2%	32%	-0,8%	33,9%	-2,7%
Résultat 2016	Cible 2016	Ecart		
37,6%	34,8%	+2,8%	36,1%	+1,5%
Perspectives 2020				
Résultat 2016	Cible 2020	Ecart		
37,6%	45,9%	-8,3%		
Résultats 1 <sup>er</sup> semestre 2017	Cible 2020	Ecart		
41,2%	45,9%	-4,7%		
Séjours de chirurgie en 2016				
Total CA	Total avec nuitée	Total transférable	Pourcentage transférable	
6357	10547	2727	26%	
<p><b>Synthèse des résultats : une vraie dynamique de virage ambulatoire en chirurgie, avec une inflexion importante entre 2015 et 2016 – 1 séjour avec nuitée sur 4 pourrait être réalisé en ambulatoire (soit environ 2700 séjours/an)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un taux global supérieur de 3 points à l'objectif fixé par l'ARS au CHU et supérieur à la moyenne des CHU</li> <li>- Une dynamique d'augmentation du taux global (+9,2% entre 2014 et 2016 soit plus de 3 points par an) qui devrait permettre au CHU de dépasser son objectif en 2020 (trajectoire fixée de +8,3 points en 4 ans, soit environ 2 points par an)</li> <li>- Un volume de séjours transférables en diminution de 10% (soit environ 300) entre 2014 et 2016 mais restant significatif en volume : 2727 en 2016.</li> </ul>				

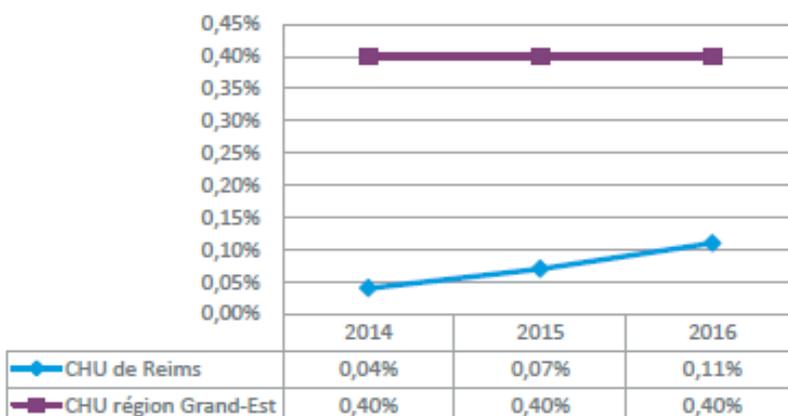
Annexe n°4 – c : Extrait du diagnostic pertinence concernant la pertinence des modes de prise en charge (taux de transfert en SSR et en HAD)

## 2. Taux de transfert vers le SSR et l'HAD

### Taux de transfert en SSR



### Taux de transfert en HAD



**Synthèse des résultats : une dynamique de transfert en SSR et HAD en contradiction avec les objectifs de virage ambulatoire**

- Un taux de transfert vers le SSR en croissance et devenu supérieur au taux régional des CHU
- Un taux de transfert en HAD restant très inférieur au taux régional des CHU

Ces résultats sont à rapprocher de ceux de l'étude un jour donné sur la pertinence des journées d'hospitalisation en MCO : 1% des patients pourraient être pris en charge en HAD, 11% des patients attendent une place en SSR

Annexe n°4 – d : Extrait du diagnostic pertinence - présentation des axes de travail retenus

## Axes de travail

Au regard de l'analyse SWOT, les axes de travail définis sont les suivants :

### Pertinence des prescriptions

- Démarches transversales menées à l'échelle de l'établissement - phase de diagnostic pour déterminer les priorités - intérêts à agir
- **1 examen de biologie / d'imagerie - 1 produit de santé par an**
- Produits de santé > pilotage COMEDIMS
- Examens de biologie > pilotage pôle biologie
- Examens d'imagerie > pilotage pôle imagerie

### Pertinence des modalités de sortie

- **Démarche transversale visant à limiter les journées d'hospitalisations non-pertinentes**
- Juste recours au SSR : pilotage pôle autonomie et santé
- Développement de l'HAD : pilotage COPIL HAD
- Programmation des avis spécialisés et examens : pilotage commission accueil non programmé

### Pertinence du parcours de soins

- **Chaque secteur d'activité réalise une analyse de la pertinence d'un parcours de soins**
- Choix des thématiques guidées par les problèmes rencontrés (EI, EIG, réclamations...) et les atypies repérées au niveau de l'établissement (RH7, HPE, séjours longs...)

Ces axes de travail ont été validés par la CME le 17 mai 2018.



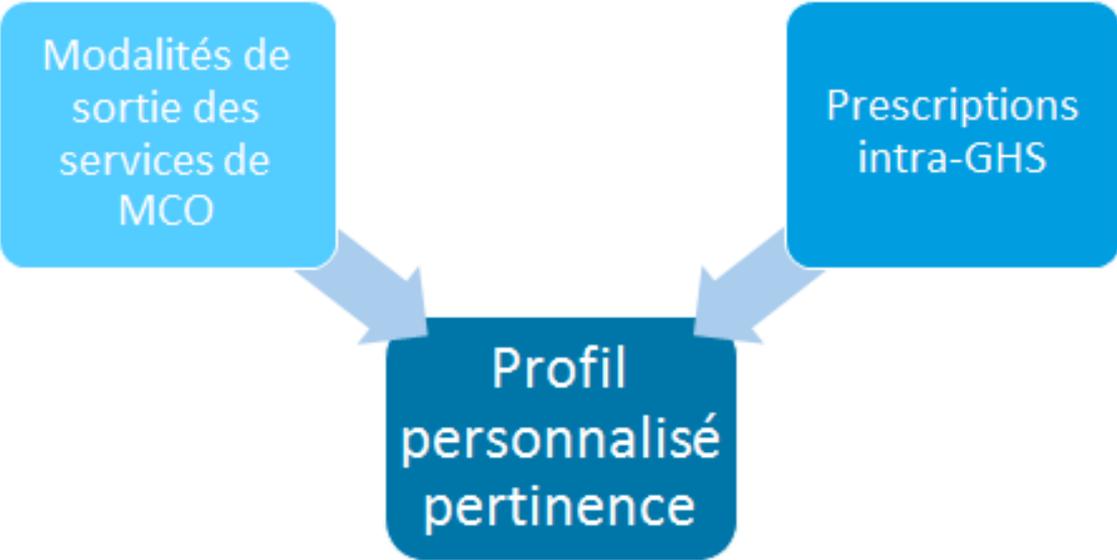
CHU DE REIMS

**PROFIL PERTINENCE**  
Service de cardiologie et pathologie vasculaire  
2018

[www.chu-reims.fr](http://www.chu-reims.fr)



**I. Priorités institutionnelles**

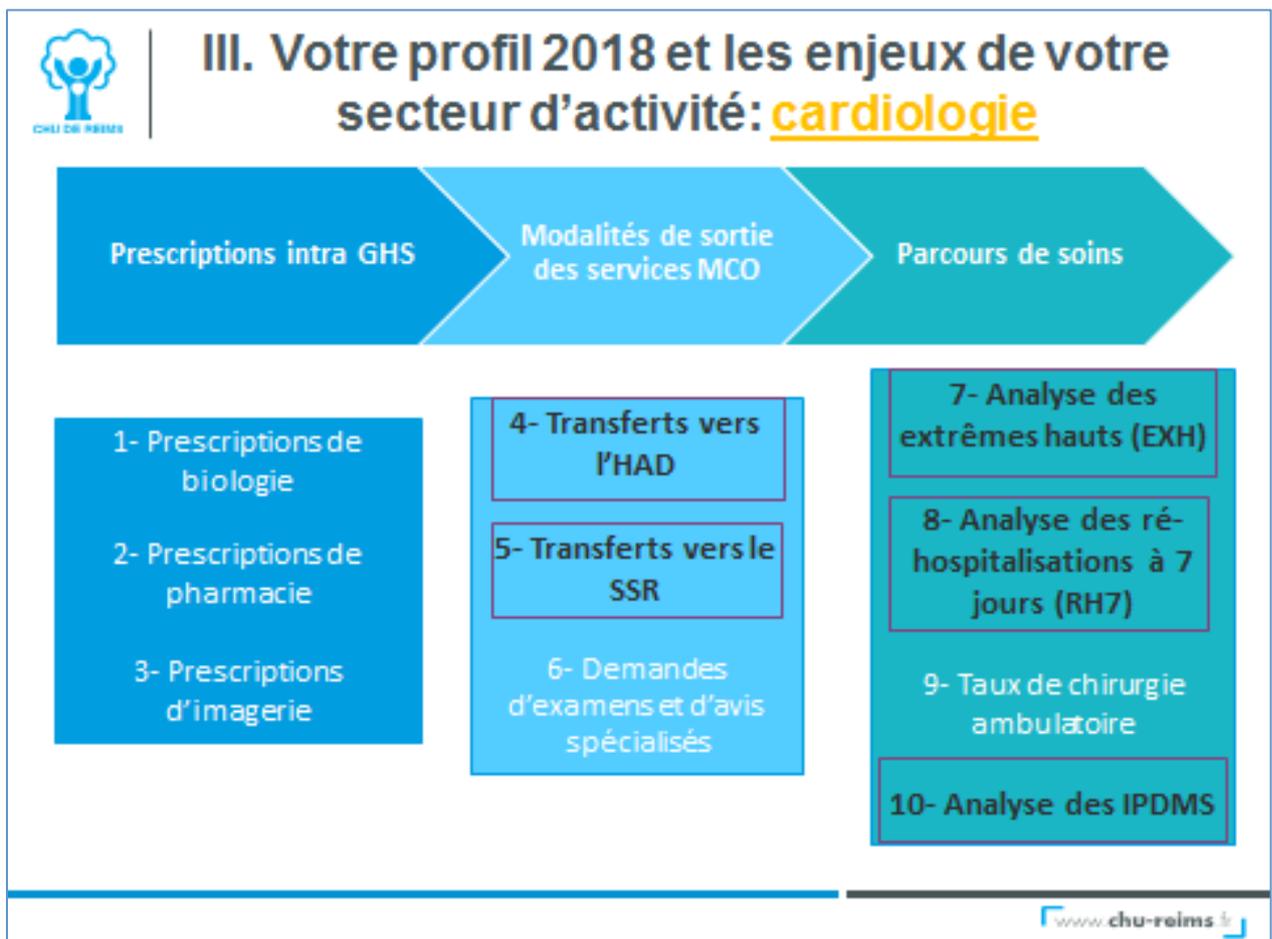
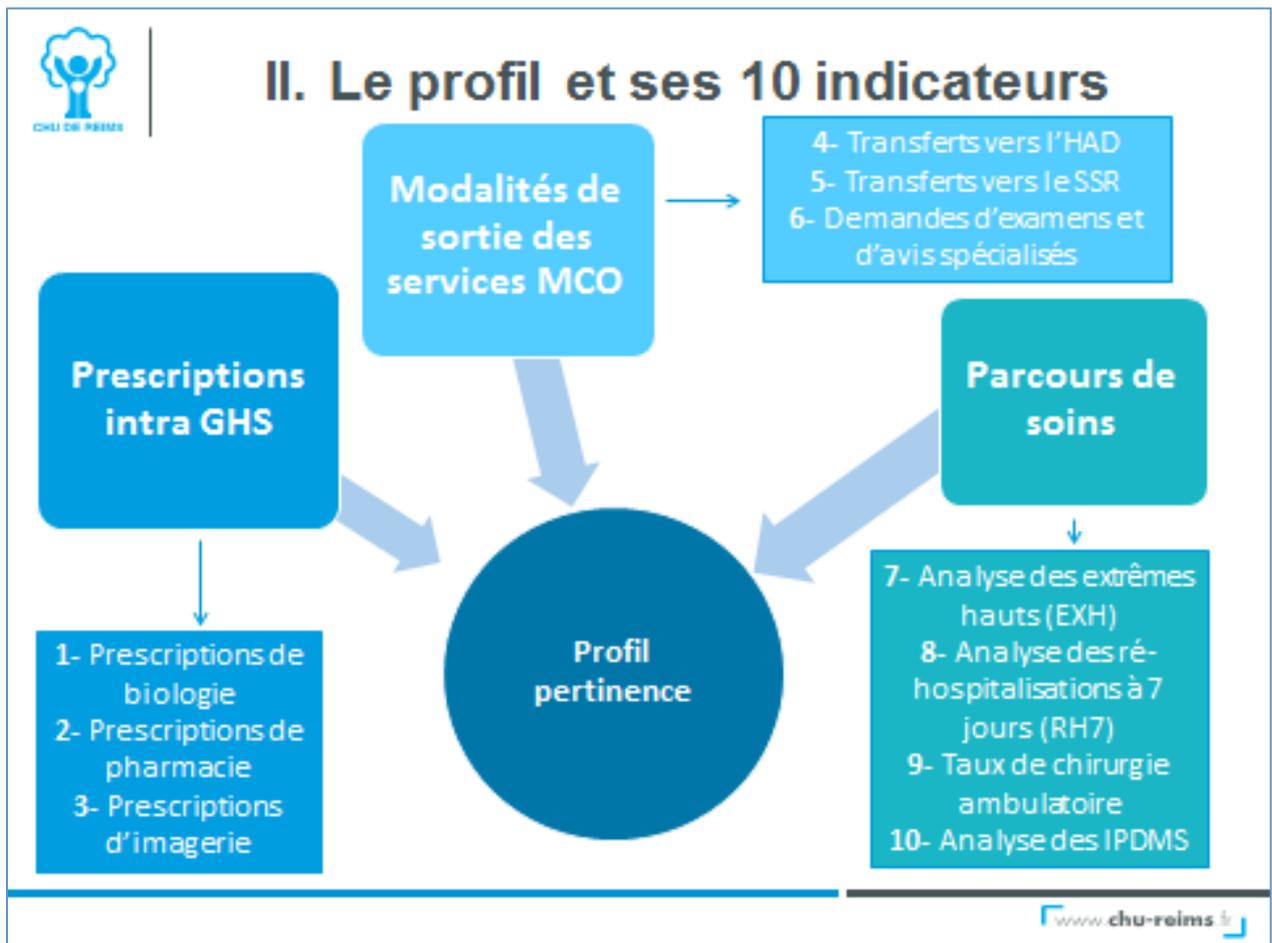


Modalités de sortie des services de MCO

Prescriptions intra-GHS

**Profil personnalisé pertinence**

[www.chu-reims.fr](http://www.chu-reims.fr)





## IV. Le détail, champ par champ

## Modalités de sortie des services MCO

### 4- Transferts vers l'HAD

#### Les principales filières identifiées:

- 1- Gynécologie-Obstétrique
- 2- HGE
- 3- Ortho-traumatolo
- 4- Dermatologie
- 5- Pneumologie
- 6- **Cardiologie**

Principales filières identifiées	GHM	Libellé	Taux de transfert en HAD du CHU	Base nationale	Potential de séjours transférables
Gynécologie-obstétrique	14C08A	Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative	0	2,2538	5
	14Z16Z	Faux travail et menaces d'accouchements prématurés	0	2,6284	5
	14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	0	1,0334	4
	14M03A	Affections de l'anneau périnéal, sans intervention chirurgicale, sans complication significative	0	1,5131	3
Hépatito-Gastro-Entérologie	15M12A	Nouveau-nés de 1300g et âge gestationnel de 32 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 8), sans problème significatif	0	4,6005	2
	06M17Z	Soins de stomies digestives.	4,2254	5,4579	4
	07M063	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 3	1,0989	3,2653	3
Orthopédie-traumatologie	06M094	Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	0	5,2017	2
	08C613	Interventions majeures pour infections ostéoarticulaires, niveau 3	5,2632	7,1978	3
	08C623	Autres interventions pour infections ostéoarticulaires, niveau 3	3,0303	7,5758	3
	21C053	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte, niveau 3	0	5,1799	2
Dermatologie	09M053	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0	2,2678	2
	09M062	Ulcères cutanés, niveau 2	3,125	6,2667	2
Pneumologie	04M093	Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 3	1,3699	3,0317	2
	04M054	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	1,6393	2,9287	2
Cardiologie	05M184	Endocardites aiguës et subaiguës, niveau 4	7,6923	9,0127	2
	05M122	Troubles vasculaires périphériques, niveau 2	0	2,3627	2

## Modalités de sortie des services MCO

### 5 - Transferts vers le SSR

#### Les principales filières identifiées:

- 1- Cardiologie
- 2- Orthopédie-Traumatologie
- 3- Rhumatologie

Principales filières identifiées	GHM	Libellé	Nb séjour/séances au CHU Reims 2017	Taux de transfert en SSR du CHU	Base nationale	Séjours supplémentaires transférés en SSR au CHU de Reims // base nationale
Cardiologie	05K212	Poses de bioprothèses de valves cardiaques par voie Chirurgie vasculaire, niveau 2	70	74,2857	14,5908	42
	05K211	Poses de bioprothèses de valves cardiaques par voie Chirurgie vasculaire, niveau 1	30	56,6667	7,409	15
	05M091	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 1	61	9,8361	6,1041	2
Orthopédie - Traumatologie	08C492	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	84	70,2381	58,4788	10
	08C493	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	36	75	61,5553	5
	08C614	Interventions majeures pour infections ostéoarticulaires, niveau 4	29	48,2759	38,8447	3
	08M193	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 3	104	50	41,0825	9
Rhumatologie	08M293	Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, niveau 3	29	37,931	28,7021	3
	08M314	Ostéomyélites aiguës (y compris vertébrales) et arthrites septiques, niveau 4	36	33,3333	25,4048	3
	08M192	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 2	47	31,9149	28,0213	3
	08M143	Affections du tissu conjonctif, niveau 3	45	15,5556	11,5877	2



CHU DE REIMS

## Parcours de soins

### 7 - Analyse des extrêmes hauts (EXH)

Principaux GDM atypiques	Libellé	Taux d'EXH en 2016 en %age	Taux d'EXH en 2017 en %age	Nb séjours EXH 2016	Nb séjours EXH 2017	Secteur d'activité concerné
05K061	Endoprothèses Chirurgie vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 1	2,0%	15,1%	11	80	Cardiologie
14Z16Z	Faut travail et menaces d'accouchements prématurés	43,1%	39,8%	88	74	Gynécologie-obstétrique
23Z0Z2	Soins palliatifs, avec ou sans acte	76,1%	80,0%	86	72	Unité de soins palliatifs
15M09B	Nouveaux de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés, avec autre problème significatif	2,4%	9,7%	7	20	Gynécologie-obstétrique
07M021	Affections des voies biliaires, niveau 1	5,1%	15,7%	5	17	Hépatito-Gastro-Entérologie
14M03A	Affections de l'anne denton sans intervention chirurgicale, sans complication significative	11,8%	8,5%	17	15	Gynécologie-obstétrique
23M091	Chimiothérapie pour affections non tumorales, niveau 1	2,3%	21,5%	3	14	Rhumatologie Hépatito-Gastro-Entérologie
05C151	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1	0,0%	8,5%	0	12	Cardiologie
04M021	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	1,4%	11,6%	2	11	Pneumologie
07M022	Affections des voies biliaires, niveau 2	1,9%	12,4%	1	11	Hépatito-Gastro-Entérologie
05M121	Troubles Chirurgie vasculaires périphériques, niveau 1	9,3%	10,4%	9	10	Chirurgie vasculaire ?
11M044	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	2,3%	9,9%	3	10	Néphrologie Maladies infectieuses

## Parcours de soins

## 8 - Analyse des ré hospitalisations à 7 jours (RH7)

Principaux GHM atypiques	Libellé	Nombre de patients réhospitalisés dans un délai de 7 jours	Nombre de patients hospitalisés	Taux de réhospitalisation observé	Taux de réhospitalisation attendu	Ratio (taux observé / taux attendu)	Secteur d'activité
011M21	Douleurs chroniques rebelles	51	166	30,7%	9,5%	3,22	<b>Néphrologie</b>
19M05	Nouveaux ou 3000g et âge gestationnel de 40 SA et assemblés (groupe nouveau-nés 1)	32	1 231	2,6%	1,0%	2,51	Gynécologie-obstétrique
<b>05M09</b>	<b>Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire</b>	<b>22</b>	<b>232</b>	<b>9,5%</b>	<b>6,7%</b>	<b>1,42</b>	<b>Cardiologie</b>
19M21	Evolutions et surveillance pour maladies et troubles mentaux	16	160	10,0%	4,1%	2,41	Gériatrie
19M07	Troubles mentaux d'origine organique et troubles mentaux, âge inférieur à 80 ans	10	120	8,3%	4,3%	1,93	Gériatrie
06M09	Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans	9	70	12,9%	6,0%	2,15	Hépatobio-Diétét-Entérologie
19M06	Troubles mentaux d'origine organique et troubles mentaux, âge supérieur à 75 ans	9	119	7,6%	4,9%	1,55	Gériatrie
03C27	Interventions sur les amygdales et adénoïdes	8	132	6,1%	2,7%	2,28	ORL
04M09	Tumeurs de l'appareil respiratoire	8	35	22,9%	11,7%	1,95	Pneumologie
01M07	Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 75 ans	7	35	20,0%	4,2%	4,76	Gériatrie
06C27	Autres interventions sur le reins	7	375	1,9%	1,2%	1,59	Neurologie
09M05	Lésions, infections et inflammations de la peau et des ongles sous-chroniques, âge supérieur à 17 ans	7	95	7,3%	4,1%	1,79	Dermatologie
10M18	Troubles nutritionnels sévères, âge supérieur à 17 ans	6	31	19,4%	6,6%	2,92	<b>Endocrinologie</b>
02M06	Autres affections oculaires d'origine non diabétique, âge supérieur à 17 ans	5	55	9,1%	6,1%	1,48	<b>Ophthalmologie</b>
03M03	Ortes moyennes et autres fractures des os des membres supérieurs, âge inférieur à 16 ans	5	62	8,1%	2,5%	3,24	<b>Phédiatrie</b>
06M03	Tractions continues et réductions progressives : autres que hernie et tumeur	5	104	4,8%	3,0%	1,58	Orthopédie - Traumatologie
11C09	Créations et révisions de valves artérielles pour affections de la CLIC1-11	5	47	10,6%	4,2%	2,51	<b>Néphrologie</b>
11M18	Expositions et surveillances pour affections du rein et des voies urinaires	5	89	5,6%	2,9%	1,94	<b>Néphrologie</b>



CHU DE REIMS

## Parcours de soins

### 9- Taux de chirurgie ambulatoire

GHM	Description	Durée séjour = 1			Durée séjour = 2			Durées séjour = 1 ou 2		Secteur concerné	
		2016	2017	Potentiaels transférables 2017 selon calcul DGOS	2016	2017	Potentiaels transférables 2017 selon calcul DGOS	Potentiaels transférables 2017 selon DGOS			
02C001	interventions sur la tête, niveau 1	146	134	107	02C001	interventions sur la tête, niveau 1	13	22	15,4	123	Optimologie
11C131	interventions par voie transcutanée ou percutanée pour des tumeurs non vasculaires, niveau 1	42	23	18	11C131	interventions par voie transcutanée ou percutanée pour des tumeurs non vasculaires, niveau 1	97	89	62,3	81	Urologie
11C111	interventions par voie transcutanée ou percutanée pour tumeurs urinaires, niveau 1	23	23	20	11C111	interventions par voie transcutanée ou percutanée pour tumeurs urinaires, niveau 1	118	66	46,2	66	Urologie
08C331	interventions sur le bras, coude et épaule, niveau 1	26	39	31	08C331	interventions sur le bras, coude et épaule, niveau 1	36	49	34,3	66	Orthopédie - Traumatologie
08C391	interventions sur le genou, niveau 1	30	23	20	08C391	interventions sur le genou, niveau 1	48	52	43,4	63	Orthopédie - Traumatologie
08C441	autres interventions sur la main, niveau 1	46	32	42	08C441	autres interventions sur la main, niveau 1	20	17	11,9	54	Orthopédie - Traumatologie
08C271	autres interventions sur la cheville, niveau 1	7	3	2	08C271	autres interventions sur la cheville, niveau 1	64	68	47,6	50	Neurochirurgie
08C101	autres interventions pour hernies et entorses, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	20	11	9	08C101	autres interventions pour hernies et entorses, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	69	30	38,3	47	Chirurgie digestive
02C081	autres interventions extracutanées, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	67	30	40	02C081	autres interventions extracutanées, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	5	8	3,6	46	Optimologie
08C201	interventions de reconstruction de l'oreille moyenne, niveau 1	39	12	10	08C201	interventions de reconstruction de l'oreille moyenne, niveau 1	49	48	33,6	43	ORL
08C161	autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, le gorge ou le cou, niveau 1	16	14	11	08C161	autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, le gorge ou le cou, niveau 1	29	44	30,8	42	ORL
08C321	interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	5	14	11	08C321	interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	27	44	30,8	42	Orthopédie - Traumatologie
08C101	autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les dents, niveau 1	13	13	10	08C101	autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les dents, niveau 1	62	44	30,8	41	Dermatologie
10C121	interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1	21	17	14	10C121	interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1	32	37	23,9	40	ORL
08C071	interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	13	8	6	08C071	interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	33	47	32,9	39	ORL
11C091	craniotomies et résections de tumeurs primitives pour affections de la CMO 11, niveau 1	9	8	6	11C091	craniotomies et résections de tumeurs primitives pour affections de la CMO 11, niveau 1	60	46	32,2	39	Chirurgie vasculaire
08C091	hypercoagulables non compliqués, niveau 1	17	7	6	08C091	hypercoagulables non compliqués, niveau 1	38	43	31,3	37	Chirurgie digestive
08C141	résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, niveau 1	26	29	23	08C141	résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, niveau 1	23	19	12,3	37	Orthopédie - Traumatologie
13C071	interventions sur le système uréthroscopique pour des strictures non malignes, autres que les interventions isolées, niveau 1	16	19	13	13C071	interventions sur le système uréthroscopique pour des strictures non malignes, autres que les interventions isolées, niveau 1	34	29	20,3	36	Gynéco
02C091	ajustements de cornée, niveau 1	12	38	30	02C091	ajustements de cornée, niveau 1	3	3	3,3	34	Ophtalmologie
09C031	graftes de peau et/ou greffes de peau à excision des ulcères cutanés et cellulites, niveau 1	12	20	16	09C031	graftes de peau et/ou greffes de peau à excision des ulcères cutanés et cellulites, niveau 1	33	23	16,1	32	Dermatologie
17C081	interventions mineures de la CMO17, niveau 1	8	3	4	17C081	interventions mineures de la CMO17, niveau 1	20	37	23,9	30	Hémiato
08C281	arthroscopies de l'épaule, niveau 1	32	27	22	08C281	arthroscopies de l'épaule, niveau 1	22	10	7	29	Orthopédie - Traumatologie
					05C221	Remplacements de stimulateurs cardiaques permanents, niveau 1	40	38	27	27	Cardiologie



CHU DE REIMS

## Parcours de soins

10- Analyse des IPDMS: principale filière identifiée = cardiologie

GHM	Libellé	Entrée	DMS	France		IPDMS CHU Reims	Secteur concerné
				Entrée	DMS		
05K061	Endoprothèses Chiruricales vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 1	532	3,6	19468	2,49	1,45	Cardiologie
05M121	Troubles Chirurgical vasculaires périphériques, niveau 1	100	4,6	3675	3,28	1,40	Chirurgie vasculaire
05C151	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1	147	4,67	3977	3,39	1,38	Cardiologie
07M021	Affections des voies biliaires, niveau 1	115	4,44	5267	3,25	1,37	Hépatogastro-Entérologie
05K051	Endoprothèses Chiruricales vasculaires avec infarctus du myocarde, niveau 1	205	4,37	9741	3,38	1,29	Cardiologie
17M06T	Chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée	251	1,88	33827	1,46	1,29	Hépatogastro-Entérologie Rhumatologie
01M111	Affections des nerfs crâniens et raciniens, niveau 1	267	4,96	5000	3,96	1,25	Neurochirurgie
14M03A	Affections de l'anne peritum sans intervention chirurgicale sans complication significative	178	2,89	13727	2,31	1,25	Gynécologie-obstétrique
05K101	Actes diagnostiques par voie Chirurgical vasculaire, niveau 1	816	2,44	33341	2	1,22	Cardiologie
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans soles	124	19,77	14692	16,32	1,21	Unité de soins palliatifs
10C121	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1	103	2,59	6945	2,15	1,20	ORL
08M141	Affections du tissu conjonctif, niveau 1	128	3,35	7147	2,87	1,17	Rhumatologie
04M05Z	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	185	8,24	8871	7,1	1,16	Pneumologie
04M021	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	100	3,04	4472	2,7	1,13	Pneumologie
08C241	Prothèses de genou, niveau 1	113	6,71	7110	5,96	1,13	Orthopédie - Traumatologie
04M19T	Erythrocytose, très courte durée	121	1,27	8532	1,13	1,12	Pédiatrie
05M09Z	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 2	216	8,67	12690	7,72	1,12	Cardiologie
08C391	Interventions sur Tarsiens, niveau 1	116	2,25	7665	2,02	1,11	Orthopédie - Traumatologie
11C131	Interventions par voie transurétrale ou transscrotale pour des affections non oncologiques, niveau 1	162	2,48	10067	2,24	1,11	Urologie

Annexe n°6: Encadré sur « *Choosing Wisely* »***Choosing Wisely* : une démarche à destination des professionnels et des usagers**

La campagne intitulée « *Choosing Wisely* » a été lancée en 2011 par l'*American Board of Internal Medicine* (ABIM) avec pour objectif une réduction du recours aux prescriptions, actes et procédures de faible apport pour la santé et à risque d'évènement indésirable.

Ses caractéristiques principales étaient d'être menée par les professionnels, et avec et pour les patients, mais aussi d'être fondée sur des preuves, avec un objectif de transparence et de simplicité dans la mise à disposition des médecins et patients de documents simples et clairs pour optimiser leurs choix.

Deux axes principaux ont été suivis : l'élaboration par les sociétés savantes de listes par spécialité médicale de cinq prescriptions à éviter ou à discuter avec le patient car présentant une moindre valeur ajoutée pour la prise en charge et comportant potentiellement des risques, et une communication en direction des patients et du grand public sur le concept de pertinence, mettant en valeur le constat que « plus n'est pas mieux » et encourageant les patients à aborder ces sujets avec leurs médecins. Aujourd'hui, « *Choosing Wisely* » ou « Choisir avec soin » pour sa version francophone est une initiative partagée par plus de quatre-vingt sociétés savantes aux Etats-Unis, mais plus largement d'une campagne mondiale à laquelle participent douze pays dont sept en Europe.

***Orthochoice* : l'expérimentation suédoise d'un dispositif mixte de « *bundled payment* » et d'incitation à la performance pour la chirurgie**

Mis en place en 2009 pour la chirurgie orthopédique en raison de délais d'attente excessifs pour des arthroplasties de la hanche et du genou, le dispositif « *Orthochoice* » fixait également des objectifs de diminution des taux de complications à cinq ans après hospitalisation et d'amélioration de la prise en charge de la douleur. Il prévoyait une rémunération unique de 6300 euros à destination de l'établissement de santé pour la prise en charge d'un épisode d'arthroplastie, comprenant des services minimum obligatoires (consultation préopératoire, chirurgie, prothèse, radiographie post-chirurgie, rééducation, visite de suivi après trois mois de la chirurgie) et l'ensemble des éventuelles complications jusqu'à deux ans après l'intervention, ou cinq ans en cas d'infections postopératoires pouvant entraîner des reprises chirurgicales.

Les résultats de l'expérimentation ont mis en évidence des améliorations notables de la qualité des soins (les délais d'attente ont notoirement diminué, les volumes sont mieux maîtrisés, le taux de complications a diminué de 18% et celui de ré-hospitalisation de 23%) et l'efficacité des acteurs (16% de gains de productivité en raison d'une durée de séjour raccourcie et d'une augmentation du nombre de patients opérés par jour, et une baisse des coûts moyens par patient d'environ 17% sur deux ans)<sup>65</sup>.

<sup>65</sup> BEIJA M., GEORGES-PICOT A. « Quelles leçons tirer du financement au parcours de santé à l'étranger ? », *Finances hospitalières*, avril 2018, p. 15-20

THUILLEAUX	Léa	Octobre 2018
<b>FILIÈRE DIRECTEUR D'HÔPITAL</b> Promotion 2017-2018		
<b>Agir en faveur de la pertinence des soins à l'hôpital</b> Du diagnostic à la mise en œuvre d'un plan d'actions, l'exemple d'une démarche institutionnelle d'amélioration de la pertinence des soins au CHU de Reims.		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : /		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>En France, la pertinence des soins constitue un sujet à la fois ancien et au cœur de l'actualité. Multidimensionnelle, complexe et éminemment médicale, la pertinence des soins à l'hôpital relève également de l'organisation hospitalière dans son ensemble, et de l'organisation des soins dans un territoire. A ce titre, le directeur d'hôpital est légitime à s'emparer de ce sujet stratégique permettant de combiner amélioration de la qualité des soins et efficacité, a fortiori dans un contexte où les exigences du Ministère de la Santé et des Solidarités et de l'assurance maladie en la matière se renforcent et acquièrent une dimension régionale. Toutefois, la mise en œuvre concrète au sein d'un établissement de santé d'une démarche institutionnelle d'amélioration de la pertinence des soins n'est pas chose aisée, et les outils disponibles sont encore limités.</p> <p>Au CHU de Reims, la structuration d'une démarche en faveur de la pertinence des soins a été engagée au printemps 2018. La méthodologie adoptée a consisté à inclure l'amélioration de la pertinence des soins dans la démarche qualité globale de l'établissement et à co-construire le diagnostic et le plan d'actions avec les acteurs hospitaliers. Une approche évolutive a également été choisie afin d'ancrer la réflexion dans le temps long. S'il est encore trop tôt pour faire le bilan de ce projet, ce mémoire propose néanmoins quelques enseignements et bonnes pratiques issus de l'expérience du CHU de Reims qui pourraient être utiles à d'autres établissements de santé.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> Pertinence des soins ; pertinence des actes ; pertinence des séjours ; pertinence des parcours de soins ; juste prescription ; qualité ; efficacité ; diagnostic pertinence ; démarche d'amélioration ; réflexion institutionnelle ; hôpital ; établissement public de santé ; directeur d'hôpital.		
<p><i>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.</i></p>		