



Directeur d'Hôpital

Promotion : **2024 - 2025**

Date du Jury : **Octobre 2025**

**Mettre en place une démarche de pertinence
des soins à l'hôpital : enjeux, leviers et
perspectives**

**A partir de l'étude du plan « Juste
Prescription » du GHU Paris Saclay**

Marine LEROUGE

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier chaleureusement Agnès Lesage, directrice de l'Hôpital Bicêtre, pour son accompagnement bienveillant tout au long de mon stage.

Je souhaite également remercier toute l'équipe de direction et notamment Lucas Tidadini, qui m'a présenté avec beaucoup de pédagogie le plan Juste prescription déployé sur le GHU.

Mes remerciements s'adressent à toutes les équipes soignantes du GHU Paris Saclay et en particulier celles de l'Hôpital Bicêtre, et dont l'engagement professionnel m'a profondément marqué.

J'adresse une pensée particulière à Sophie Viane et Nadine Durand, auprès de qui j'ai beaucoup appris.

Enfin, je souhaite remercier toutes les personnes interrogées pour la réalisation de ce mémoire. Ces entretiens m'ont permis d'appréhender les enjeux de la thématique et des actions menées de façon opérationnelle et concrète.

Sommaire

Introduction.....	1
1 PARTIE 1 : La démarche juste prescription se justifie au regard des risques sanitaires de la surprescription, dans un contexte global d'augmentation des consommations qui met en tension les ressources collectives	5
1.1 La juste prescription est un principe de qualité des prises en charge	5
1.1.1 La juste prescription renvoie au principe de pertinence des soins	5
1.1.2 L'évolution dynamique des dépenses de santé pose la question de la soutenabilité du système	8
1.1.3 Enfin, la démarche juste prescription se justifie par l'impact du système de santé sur les ressources collectives	12
1.2 A l'échelle nationale, la pertinence des soins fait l'objet de politiques spécifiques, mais dont l'efficacité est limitée par un défaut de coordination des professionnels	13
1.2.1 La prescription relève de la liberté du praticien, mais s'inscrit dans un cadre défini et irrigué par le principe de pertinence	13
1.2.2 Toutefois, la désorganisation des parcours à tous les niveaux limite l'efficacité de ces dispositifs, malgré les efforts réalisés pour mieux structurer les prises en charge	16
1.3 Si la démarche juste prescription constitue un levier de performance organisationnelle et qualitative, elle est complexe à mettre en œuvre au sein des établissements de santé.....	19
1.3.1 La juste prescription constitue un fort levier de la performance hospitalière .	19
1.3.2 Les politiques d'amélioration de la pertinence des soins sont toutefois complexes à mettre en œuvre à l'hôpital	20
2 Le GHU Saclay a mis en place un plan spécifique pour assurer l'implication de tous les professionnels ainsi qu'une coordination administrative et soignante	23
2.1 La conception et le pilotage du plan reposent sur une forte coopération médico-administrative.....	23
2.1.1 Au niveau stratégique, la comitologie déployée vise à assurer un double portage médical et administratif du plan à toutes les échelles	24

2.1.2	Au niveau institutionnel, les phases 1 et 2 ont permis d'assurer que les prescripteurs et effecteurs disposent d'outils pour mettre en œuvre les actions de juste prescription.....	26
2.1.3	La construction de données et d'indicateurs a permis l'identification des thématiques transversales et des objectifs communs de l'institution pour nourrir les plans d'action annuels des phases 3 et 4.....	29
2.2	Pour déployer les actions transversales retenue, l'institution a ciblé comme priorité du plan 2024-2025 l'amélioration de la diffusion des bonnes pratiques et de l'accès à des outils opérationnels.....	31
2.2.1	Le plan d'action institutionnel 2024-2025 fixe des règles et des objectifs clairs sur les bonnes pratiques à favoriser.....	31
2.2.2	Le plan vise une meilleure accessibilité d'outils d'aide à la décision pour les prescripteurs.....	33
2.3	Le déploiement du plan au sein du GHU Paris Saclay repose sur la sélection concertée du catalogue d'action proposé aux services et un accompagnement resserré de ceux-ci pour leur mise en oeuvre	34
2.3.1	Le GHU Saclay s'est doté d'un catalogue d'actions pour le plan 2024 – 2025, à partir duquel chaque service sélectionnera une action à déployer sur l'année	34
2.3.2	La mise en oeuvre des actions sélectionnées requiert une forte collaboration entre les prescripteurs et les effecteurs.....	37
	Focus sur des coopérations interservices pertinentes.....	38
	Le projet néphro-cardiologie : une collaboration préventive	38
	Le projet "sujets âgés" : l'exemple de la conciliation médicamenteuse	39
3	Les obstacles à la mise en œuvre de la juste prescription renvoient à une triple problématique humaine, organisationnelle et technique, qui peuvent être relevés par un renforcement de la coopération interprofessionnelle dans l'organisation et la délivrance des soins, à tous les niveaux	41
3.1	Les difficultés de mise en œuvre des actions juste prescription sont d'ordre conceptuels techniques et organisationnels	41
3.1.1	La compréhension différenciée de l'enjeu et des leviers de la juste prescription limite la bonne appropriation du plan par les acteurs chargés de son déploiement...	41
3.1.2	La démarche juste prescription est difficilement pilotable et évaluable, et son efficacité incertaine	44

3.2	La démarche juste prescription pose des défis organisationnels majeurs, ce qui implique de renforcer son inscription dans le quotidien des pratiques en mobilisant les acteurs et en favorisant la coopération entre professionnels lors des prises en charge	46
3.2.1	La mise en œuvre du plan juste prescription est consommatrice en ressources humaines.....	46
3.2.2	Ainsi il est impératif de renforcer la coordination et l'implication des acteurs	48
	Recommandation 6 : Le plan juste prescription devrait être davantage intégré avec la démarche qualité, dont les outils participent à renforcer la pertinence des soins	48
3.2.3	Améliorer la diffusion des outils du plan par leur intégration aux pratiques quotidiennes.....	51
3.3	La démarche juste prescription ne peut s'envisager seulement dans le cadre hospitalier et la réussite des actions du plan dépend indirectement d'une amélioration globale de l'organisation des parcours de soin.....	53
3.3.1	La démarche juste prescription implique un suivi longitudinal des patients, ce qui relève du rôle de la médecine de ville	53
3.3.2	Ancrer la démarche juste prescription nécessite une amélioration des parcours de soin par un renforcement des coopérations à tous les niveaux	54
	Conclusion.....	57
	Bibliographie.....	I
	Liste des annexes	III

Liste des sigles utilisés

ADERIM : Aide à la Décision de Radiologie et d'Imagerie Médicale
AGEPS : Agence Générale des Équipements et Produits de Santé
ALD : Affection de Longue Durée
AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins
CLOMEDIMS : Commission Locale du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CME : Comité Médical d'Établissement
CMEL : Comité Médical d'Établissement Local
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
COMÉDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
COMEX : Comité Exécutif
COMAI : Commission des Anti-Infectieux de l'AP-HP
COPIL : Comité de Pilotage
CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux
CSP : Code de Santé Publique
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRMR : Centres de Référence pour les Maladies Rares
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DAF : Directions des Affaires Financières
DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DIM : Directeur de l'Information Médicale
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DMU : Département Médicaux Universitaires
DMP : Dossier Médical Partagé
DPI : Dossier Patient Informatisé
EML : Équipement Matériel Lourd
EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses)
EPP : Évaluations des Pratiques Professionnelles
ETP : Équivalent Temps Plein
FHF : Fédération Hospitalière de France
GES : Gaz à Effet de Serre
GHS : Groupe Homogène de Séjours
GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire

GHU : Groupement Hospitalier Universitaire
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
INCa : Institut National du Cancer
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IFAQ : Incitation Financière à la Qualité
IPA : Infirmière en Pratique Avancée
IPP : Inhibiteurs de Pompes à Proton
IRAPS : Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins
IRM : Images à Résonnance Magnétique
LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MSSanté : Messagerie Sécurisée de Santé
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
ONDAM : Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie
OTSS : Loi relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé
PEC : Prime d'Engagement Collectif
PHEV : Prescriptions Effectuées en Ville
PADRAPs : Plans d'Actions Pluriannuels Régionaux d'Amélioration de la Pertinence des Soins
PFI : Plateforme d'Intermédiation
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SFR : Société Française de Radiologie
SIH : Système d'information Hospitalier
SNS : Stratégie Nationale de Santé
UGA : Unité de Gériatrie Aigue

Introduction

1) Contexte et enjeux de la thématique

- **La démarche juste prescription répond à un double objectif de qualité des soins et d'efficience dans l'allocation des ressources collectives**

Le plan « Juste Prescription » déployé à l'échelle de l'AP-HP est une démarche transversale qui vise, par le biais de la réduction des prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux et d'examen d'imagerie et de biologie, à améliorer la pertinence des soins. Cet objectif global permet d'adresser trois enjeux fondamentaux du système de santé en général, et de l'organisation hospitalière en particulier que sont la sécurité et la qualité des soins, l'efficience économique et les enjeux de développement durable.

La juste prescription renvoie à la notion de juste soin et concerne en premier lieu la qualité des soins et des prises en charge. Un soin pertinent est « approprié, strictement nécessaire, adapté aux besoins des patients et conforme aux meilleurs standards cliniques »¹. Cela désigne pour la HAS (Haute Autorité de Santé), « le bon acte, pour le bon patient, au bon moment, au bon endroit »². La juste prescription interroge la pertinence des actes médicaux au regard des besoins spécifiques de chaque patient et des données probantes issues de la recherche. Théoriquement, la notion de pertinence des soins s'apprécie indépendamment du coût de ceux-ci mais au regard des ressources disponibles. Pour la HAS, elle est avant tout orientée vers une exigence de qualité et de sécurité des soins, pour protéger le patient de situations où il serait confronté à une intervention inutile ou excessive (situations de « sur-recours »), à une mauvaise indication médicale ou à un « sous-usage » médical.³

Une dimension économique est venue se surajouter à la visée première de qualité des soins, qui s'explique notamment par la structuration d'un système de santé socialisé fonctionnant à partir d'un principe de solidarité avec la création de l'Assurance Maladie obligatoire par ordonnances d'octobre 1945 et sa généralisation progressive.

La juste prescription permet de renforcer l'efficience des dépenses de santé, c'est-à-dire la bonne utilisation des ressources humaines et matérielles impliquées dans les prises en charge. Ainsi, la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) définit-elle le

¹ HAS, « Quelle définition pour la pertinence des soins ? », article disponible sur le site internet de la HAS, mis en ligne en 2013

² idem

³ Vanlerenberghe, Jean Marie. « Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre système de santé, *Rapport d'information sénatorial*, n°667, 2017.

juste soin comme « pertinent, efficace, conforme aux recommandations, organisé de la manière la plus efficiente possible, en évitant de gaspiller des ressources sans valeur ajoutée pour la santé » tout en précisant que cette approche n'a pas pour vocation de réaliser des économies, mais de soigner mieux « à un coût supportable pour la collectivité »⁴. Cette terminologie évoque le principe économique de soutenabilité, qui renvoie dans le domaine de la santé à l'équilibre entre les recettes et les dépenses de la sécurité sociale. Cet équilibre est nécessaire pour d'assurer dans le temps un niveau de couverture satisfaisant pour chaque individu.

La notion de juste prescription peut enfin être appréhendée à travers un prisme écologique, au regard de l'impact significatif des soins sur les ressources collectives. Dans le champ de la santé, le « gaspillage » -dans le sens de mobilisation inutile de ressources au regard de son bénéfice clinique- est protéiforme. Il peut concerner l'opportunité d'une prise en charge ou de la réalisation d'un acte, du fait des phénomènes de redondance d'actes par exemple. Les modalités de réalisation d'un acte peuvent produire du gaspillage lorsque les ressources allouées sont manifestement excessives par rapport au bénéfice attendu.

L'enjeu écologique prend d'ailleurs une importance croissante dans un contexte marqué par l'objectivation de l'impact du système de santé sur les émissions de GES (gaz à effet de serre) (cf. travaux du *Shift Project* par exemple), et l'intégration au sein de l'hôpital de l'enjeu environnemental. Les initiatives hospitalières portant des politiques de « verdissement » des soins se multiplient.

Ainsi, la pertinence des soins s'appréhende tant au regard de la qualité des actes thérapeutiques individuels, qu'à travers l'organisation des soins en ville et au sein des structures hospitalières.

- **Mettre en œuvre une démarche juste prescription au sein d'une structure hospitalière représente un défi opérationnel majeur**

La démarche juste prescription est triplement bénéfique. Toutefois, elle représente un défi de mise en œuvre opérationnelle majeur, qui s'explique par les caractéristiques de l'acte de prescription.

Premièrement, les prescriptions médicales relèvent de la responsabilité médicale, ce qui interroge d'emblée la capacité d'agir et la légitimité de l'administration hospitalière pour appréhender cette thématique. Deuxièmement, les prescriptions ont un caractère

⁴ CNAM, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026 », *Rapport Charges et produits 2025*

« dispersé », puisque chaque médecin est prescripteur. Cela pose la question de l'échelle pertinente dans la « chaîne de soin » pour adresser la question de la juste prescription et toucher les prescripteurs.

Toute démarche visant à améliorer la qualité des prescriptions doit répondre à des impératifs méthodologiques. D'une part, la nécessité de fédérer autour d'objectifs clairs, connus, et consensuels pour susciter l'adhésion et donc l'engagement des professionnels. D'autre part, une capacité à mobiliser de manière transversale les professionnels intervenant à chacune des étapes des parcours de soin.

2) Cadrage et objectifs du mémoire

Ce mémoire part d'une interrogation sur les sous-jacents de l'augmentation continue des prescriptions de médicaments et d'actes de biologie et d'imagerie constatée au niveau national comme au sein des structures hospitalières. Cette situation invite à questionner la pertinence réelle de ces actes et examens, avec l'hypothèse, de plus en plus étayée, que nombre d'entre eux ne satisfont pas aux critères de pertinence médicale. Cette situation est problématique d'un point de vue de qualité des soins et d'allocation optimale des ressources. (Partie 1)

Ce contexte appelle à s'interroger sur les actions correctrices déployées afin de garantir la pertinence des soins. Ce mémoire vise à analyser la manière dont l'hôpital peut participer à cet objectif transversal, à travers l'étude du plan « Juste Prescription » actuellement déployé au sein du GHU Paris Saclay. Cette étude de cas est l'occasion d'analyser le fonctionnement de la chaîne décisionnelle au sein de l'Hôpital, et notamment l'interaction entre les sphères administratives et soignantes à l'hôpital pour déployer un projet structurant et transversal. (Partie 2)

Enfin, dès lors que la pertinence des soins est étroitement liée à l'organisation globale des parcours de soin, ce mémoire envisage la manière dont un renforcement des coopérations entre médecine de ville et hôpital pourrait servir cet enjeu (Partie 3)

La problématique de ce travail est donc la suivante : comment mettre en place une démarche juste prescription au sein des établissements hospitaliers ?

1 PARTIE 1 : La démarche juste prescription se justifie au regard des risques sanitaires de la surprescription, dans un contexte global d'augmentation des consommations qui met en tension les ressources collectives

1.1 La juste prescription est un principe de qualité des prises en charge

1.1.1 La juste prescription renvoie au principe de pertinence des soins

- a) *La pertinence des soins est un critère de qualité, au regard des risques iatrogéniques inhérents à tout acte médical*

A toutes ses « étapes », la pratique médicale - diagnostic (recherche de la cause d'un phénomène), pronostic (l'avenir d'une condition), décision thérapeutique⁵ - est irriguée par une exigence de qualité, qui fait intervenir la notion de pertinence. La pertinence d'un raisonnement médical renvoie à la balance entre les bénéfices et les risques de chaque acte et thérapeutique pour le patient, comparativement à d'autres alternatives.⁶ Le raisonnement médical prend ainsi la forme d'un calcul de type « couts/avantages » qui s'apprécie en situation, c'est-à-dire en prenant en compte les besoins et préférences du patient.

En termes somatique, l'inadéquation d'un acte pose un risque iatrogénique, qui renvoie à une situation dans laquelle la souffrance d'un patient est générée et/ou accentuée par l'intervention médicale elle-même.⁷ Les actes diagnostics de prélèvement impactent négativement la réserve sanguine des patients (ce qui peut causer de l'anémie) et présentent un risque infectieux par la pénétration d'un corps étranger. Par ailleurs, il existe un risque d'identitovigilance⁸. L'administration de soins au mauvais patient constitue un évènement indésirable parmi les plus fréquents au sein des établissements de santé⁹ qui peut causer des incidents graves dans la chaîne transfusionnelle ou dans le diagnostic. Elle constitue par ailleurs une source de retard de prise en charge qui peut allonger les durées moyennes de séjour (DMS).

Concernant les thérapeutiques, le phénomène de sur-médication constitue un risque sanitaire majeur. Les effets indésirables des médicaments seraient responsables

⁵ Masquelet, Alain-Charles. *Le raisonnement médical*, Presses Universitaires de France, 2009.

⁶ Idem

⁷ Keller, Pascal-Henri, « Iatrogénie : une parole en souffrance ? ». *La souffrance de l'être*, érès, 2014.

⁸ Qui pourrait cependant diminuer avec la systématisation de l'identité nationale de santé (INS) pour chaque usager du système de santé depuis le 1^{er} janvier 2021.

⁹ DGOS, « Identitovigilance, qu'est ce que c'est ? », Direction Générale de l'offre de soin (DGOS), Fiches thématiques, mise à jour le 27/08/2024.

d'environ 10 000 morts et de 130 000 séjours d'hospitalisation complète par an.¹⁰ L'antibiorésistance est un exemple-type des conséquences de la sur-médication. A l'échelle mondiale, la résistance aux microbiens serait responsable d'environ 700 000 morts annuellement, et certaines estimations prédisent 10 millions décès annuels en 2050.¹¹ Chaque année en France, 125 000 patients développent une infection liée à une bactérie résistante¹² et l'antibiorésistance cause 5 000 décès.¹³

b) Ce risque s'accroît du fait des évolutions démographiques

Le contexte sanitaire est marqué par deux phénomènes en partie liés que sont le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques.¹⁴

Les personnes de 75 ans et plus représentent 13% de la population en 2024. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé en augmentant notamment le nombre de bénéficiaires de l'ALD (affection de longue durée) et la dépense moyenne par personne en ALD.¹⁵ Le dispositif d'ALD (article L.322-3 du Code de la Sécurité Sociale) vise à réduire le reste à charge des patients atteints d'une maladie chronique qui nécessitent pour leur prise en charge un traitement prolongé.

Les personnes âgées sont tendanciellement plus atteintes par des pathologies chroniques : une personne sur 12 entre 65 et 74 ans, et une personne sur 5 après 75 ans vivent avec plus de trois pathologies chroniques.¹⁶ Actuellement, il y a 14 millions de bénéficiaires de l'ALD en France, chiffre qui pourrait atteindre les 18 millions d'individus en 2035 selon l'Assurance Maladie.¹⁷ Les $\frac{3}{4}$ des pathologies à l'origine d'ALD concernent les affections cardio-vasculaires (qui touche plus de 3 millions de personnes), les cancers (plus de 2 millions de personnes), le diabète (plus de 2 millions de personnes), les affections psychiatriques de longue durée (environ 1 million de personnes) et les insuffisants respiratoires chroniques graves (300 000 personnes)¹⁸.

Cette évolution démographique, en augmentant les risques de surprescription et de survenue du phénomène d'iatrogénie médicamenteuse, pose un double enjeu sanitaire et

¹⁰ Queneau, P., Carpentier, F. « Iatrogénie comme motif de recours aux urgences », Syndicat Français des Médecins Urgentistes, 2007.

¹¹ Santé publique France. « Résistance aux antibiotiques » [En ligne]. Saint-Maurice: SPF; 2019.

¹² Idem

¹³ Idem

¹⁴ L'augmentation de ces dernières est également causée par certains comportements comme la sédentarité ou une mauvaise hygiène nutritionnelle.

¹⁵ Grangier, J., Mikou, M., Roussel, R., Solard, J. « Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015 ». DREES, Études et Résultats, 1025, 2017.

¹⁶ idem

¹⁷ DRESS, "Les dépenses de santé 2023 », *Résultats des comptes de santé*, Rapport de la Dress, 2024.

¹⁸ idem

financier. En effet, les polypathologies renforcent les phénomènes de polymédication. Environ 40% des plus de 65 ans consomment entre 5 et 10 médicaments par jour.¹⁹ Or, pour chaque nouvelle molécule ajoutée à une prescription, la probabilité de souffrir d'un effet indésirable lié augmente de 12 à 28%.²⁰ Ce risque est par ailleurs accru par la réduction chez les patients âgés des fonctions éliminatrices de certains organes comme le foie ou les reins.

Ainsi, l'iatrogénie médicamenteuse représente environ 20 % des hospitalisations en urgence des plus de 75 ans et 25 % des admissions des plus de 85 ans, par rapport à une moyenne de 10% en France.²¹ Les médicaments les plus en cause sont les suivants : les psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et antipsychotiques), les diurétiques, les anticoagulants, les autres médicaments cardiovasculaires, et les antalgiques.²² Environ 1/3 des personnes de plus de 75 ans utilisent des psychotropes alors même qu'ils augmentent la probabilité de chutes et par voie de conséquence la perte d'autonomie.²³

Cette situation a un impact financier significatif dans la mesure où les dépenses de santé moyennes d'un patient sous ALD ont augmenté de plus de 3,5% par an depuis 2010²⁴ et atteignent en moyenne 9 500€ par an, contre 1 200€ pour les patients non en ALD.²⁵

c) La pertinence des soins relève d'une forme d'éthique du soin

Il est possible d'envisager la pertinence des soins sous le prisme de la notion de sobriété, comme relevant d'une démarche éthique du soin. Chaque acte comporte des risques pour le patient, de nature non seulement somatique mais également psychique ou existentielle. En effet, un séjour hospitalier ne saurait se résumer à la somme d'actes qui sont réalisés sur le corps d'un patient, mais constitue pour lui une expérience : il y a un « vécu » du séjour hospitalier. Comme le rappelle Walter Hesbenn, pour le patient, il n'y a rien « d'anodin pour celui dont le corps et parfois la vie sont soumis aux mains des professionnels de soins, à leurs savoirs, leurs techniques, leur raisonnement clinique, leur

¹⁹ OPEN Medic. Base complète sur les dépenses de médicaments (data.gouv.fr)

²⁰ HAS. « Prévenir l'iatrogénie et améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » Site internet : HAS. Saint-Denis La Plaine (France), consulté le 08/08/2025.

²¹ HAS. « Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées ». Note méthodologique, 2017.

²² idem

²³ Auvray L., Sermet C. « Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux ». *Société de Gériatrie*. 2002.

²⁴ idem

²⁵ Assurance Maladie. « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026 ». Juillet 2025.

capacité de prendre ou non au sérieux ce qui est important pour celui qui souffre »²⁶ et de surcroît dans un environnement de vie qui ne leur est pas familier.

1.1.2 L'évolution dynamique des dépenses de santé pose la question de la soutenabilité du système

- a) *L'augmentation des dépenses de santé est croissante, ce qui peut poser la question de la soutenabilité du système sur le long terme*

L'Assurance Maladie assure le plus haut niveau de couverture publique au monde pour les dépenses de santé, qui atteint 80% en 2024 et qui est en hausse de 4 points depuis la décennie précédente.²⁷ Or, au regard du déficit croissant de l'Assurance Maladie (qui s'établit en 2024 à 13,8 Md'€)²⁸, il est légitime de se questionner sur la capacité du système à maintenir dans le temps ce niveau de couverture.

L'augmentation du déficit de l'Assurance Maladie est portée par le dynamisme des dépenses de santé. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'établit en France en 2023 à 249Md'€ (soit 3 654€ par habitant), une progression de 5,2 % par rapport à 2022²⁹. Les dépenses au titre des médicaments ont fortement progressé depuis la période pré-covid (31Md'€ en 2024, par rapport à 26Md'€ en 2019)³⁰, et la consommation moyenne de médicaments et autres produits pharmaceutiques par habitant s'établit annuellement à 490€.³¹ Les dépenses d'actes d'imagerie sont en augmentation, ce qui s'explique en partie par le déploiement continu d'équipements matériels lourds (EML) sur le territoire : entre 2019 et 2024, le nombre l'IRM et de scanners installés a augmenté respectivement de 31 % et de 20 % pour s'établir à 1312 IRM et 1432 scanners installés.³²

Dans ce contexte, la pertinence des soins est considérée comme une priorité par le Directeur Général de l'Assurance Maladie qui en fait une priorité stratégique en indiquant que « l'avenir de notre modèle repose sur notre capacité collective à nous engager autour de trois piliers : prévention, coordination des soins et juste soin au juste coût ».³³

²⁶ Hesbeen, Walter. « Pour une éthique du quotidien des soins ». *Cancer(s) et psy(s)* 2014/1 n° 1, 2014. p.173-177.

²⁷ idem

²⁸ Assurance Maladie. "Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026". Juillet 2025.

²⁹ DRESS, "Les dépenses de santé 2023 », *Résultats des comptes de santé*, Rapport de la Dress, 2024.

³⁰ Assurance Maladie. "Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026". Juillet 2025.

³¹ DRESS, "Les dépenses de santé 2023 », *Résultats des comptes de santé*, Rapport de la Dress, 2024.

³² IGAS, IGF, " Pertinence et efficience des dépenses de radiologie", Rapport, Avril 2025

³³ idem

Enfin, il est important de souligner que les dimensions économiques et de qualité des soins se rejoignent. La recherche d'efficience participe à garantir l'accès des patients aux dispositifs innovants tout en préservant la soutenabilité du système. Cet enjeu est crucial dans un contexte de hausse du coût moyen des innovations. Cette augmentation est particulièrement marquée dans le cas des anticancéreux, dont le coût des molécules varie entre 3000 et 30 000€.³⁴ En France en 2024, les dépenses de l'Assurance Maladie en lien avec les cancers atteignent 27Md€, dont 6,3Md'€ de dépenses associées aux médicaments anticancéreux à l'hôpital (liste en SUS).³⁵

b) Les prescriptions connaissent un accroissement continu au sein des établissements de santé

Les dépenses des établissements de santé représentent à plus de 45% du total de la CSBM nationale, pour un montant supérieur à 90Md'€.³⁶ Le poids financier des prescriptions médicales à l'hôpital est considérable - représentant plus de la moitié du montant des prescriptions médicales- et en augmentation.³⁷ Elles renvoient d'une part aux prescriptions réalisées à l'hôpital et qui représentent plus de 25% de l'objectif national de dépense de l'assurance maladie hospitalier public (ONDAM). Ces dépenses correspondent d'autre part aux prescriptions effectuées en ville (PHEV). Elles représentent en 2022 22% des dépenses de santé en ville (soit 19,5Md€), auxquelles il faut ajouter les dispositifs médicaux remboursés par la Sécurité Sociale et les transports médicaux pour un montant global de plus de 10Md€.³⁸

Cette progression des dépenses constitue un enjeu financier pour les établissements. Une part des consommations de médicaments est incluse dans le tarif du séjour hospitalier (elles sont « *in GHS* ») et une autre partie (notamment les molécules onéreuses) est « remboursable *en sus* » par l'Assurance Maladie. Or l'évolution des dépenses in « GHS » est plus dynamique que l'évolution des tarifs des séjours hospitaliers, situation qui tend à diminuer la « rentabilité » des séjours hospitaliers. Les établissements ont donc une réelle incitation financière à la juste prescription, et ce dans un contexte de forte dégradation du déficit global (budget principal et budget annexe) des établissements

³⁴ Cazenave-Lacroutz, Alexandre ; Courtejoie, Noémie ; De Champs, Clémentine ; Khaoua, Hamid. "La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024", *Etudes et résultats*, Dress n°1344, Juillet 2025.

³⁵ idem

³⁶ Cour des Comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », 2020

³⁷ Cour des Comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », 2020

³⁸ Les Comptes de la Sécurité Sociale, « Les prescriptions hospitalières exécutées en ville », septembre 2020

de santé. Ce déficit atteint plus de 3,5Md € en 2024 (contre 1,3Md€ en 2022 et 2,4 Md€ en 2023)³⁹ et touche toutes les catégories d'établissements.

L'augmentation des charges à caractère médical se constate sur le GHU Paris Saclay. Les actes de biologie, répartis en 50% d'hospitalisation complète, 22% de consultations, 13% d'hospitalisation de jour, et 9% d'accueil aux urgences, ont augmenté de 10% entre 2023 et 2024. Les dépenses de spécialités pharmaceutiques in GHS, et de dispositifs médicaux in GHS ont quant à elles augmenté de 7% et de 16%. Ces évolutions de dépenses sont supérieures à l'augmentation du nombre de séjours, de l'ordre de 2,4% pour l'hospitalisation complète et de 2,8% pour l'hospitalisation partielle.

c) L'augmentation de ces consommations peut traduire un phénomène de surprescription

L'augmentation des consommations sur le long terme est fortement portée par les progrès scientifiques car l'accroissement continu des connaissances médicales en matière nosologique et thérapeutique fait évoluer les pratiques de soin. En matière diagnostique par exemple, les progrès de la médecine génétique accroissent le volume d'actes de biologie réalisés pour la découverte de pathologies. En matière thérapeutique, le volume de médicaments disponible et l'étendue de leurs indications augmentent également. Ces évolutions sont porteuses de réels bénéfices pour les patients et doivent être considérées comme des avancées majeures.

Toutefois, l'augmentation des consommations de médicaments et de prélèvements peut relever d'un phénomène de surprescription, qui a été objectivé par de nombreuses études. Une étude de l'OCDE a révélé qu'1/5 des soins seraient non pertinents, c'est-à-dire sans valeur ajoutée pour la santé du patient.⁴⁰ La Fédération hospitalière de France (FHF) a mené une étude en 2012 auprès de 803 médecins (moitié hospitaliers et moitié libéraux). Cette étude a mis en évidence que 28 % des actes réalisés n'étaient pas « pleinement justifiés »⁴¹ selon les professionnels de santé eux-mêmes. Au global, la part des prescriptions non pertinentes est estimée en France entre 20% et 30%, par la Stratégie Nationale de Santé.⁴²

³⁹ Cazenave-Lacrouz, Alexandre ; Courtejoie, Noémie ; De Champs, Clémentine ; Khaoua, Hamid. "La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024", *Etudes et résultats*, Dress n°1344, Juillet 2025.

⁴⁰ Couffinhal, A. *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris OCDE, 2017.

⁴¹ Fédération Hospitalière de France (FHF). " La pertinence des actes et examens médicaux", Etude Odoxa, 2017.

⁴² Ministère de la Santé, « Stratégie Nationale de Santé 2018- 2022 », 2017.

Cette augmentation non « pertinente » des consommations d'actes d'imagerie et de biologie, et de médicaments s'explique par une multiplicité de facteurs.

A l'échelle globale, la surprescription s'explique principalement par la désorganisation territoriale des parcours de soin (cf. supra 2.2.2), éclatés entre la médecine de ville et l'hôpital. Cette désorganisation peut par ailleurs renforcer la problématique d'absence de référentiels partagés mentionnée par les médecins.

Au niveau des prises en charges individuelles, la surprescription peut s'expliquer par des raisons endogènes à la pratique médicale. Les motifs explicatifs évoqués par les médecins dans l'étude menée par la FHF étaient les suivants : les demandes des patients (motif cité par 85 % des répondants), la peur du risque juridique (58%), le problème de formation (38%), l'absence de référentiels partagés (37%), l'absence de contrôle des pratiques (27 %) et en dernier lieu l'incitation économique (20 %) ⁴³. Cette étude met en évidence l'existence de facteurs d'ordre relationnel et psychologique qui influencent la pratique médicale. La peur du risque tend d'ailleurs à augmenter dans un contexte de judiciarisation croissante des activités du service public et qui se caractérise par une mise en cause accrue de la responsabilité hospitalière (responsabilité avec ou sans faute de la personne morale établissement de santé), et des mises en causes individuelles à l'encontre des personnels soignants.⁴⁴

Les motifs invoqués mettent enfin en exergue l'importance des facteurs organisationnels qui relèvent davantage de l'action des structures elles-mêmes, comme celui de la formation (initiale et continue, relation avec les pairs, mentorat entre seniors et internes) et du contrôle des pratiques (revue des prescription, séniorisation des prescription, systèmes de contrôle et de blocage des demandes des prescripteurs). Ces facteurs constituent donc symétrie des leviers activables par les établissements pour s'engager dans une démarche juste prescription (cf. Partie 2).

⁴³ Marie-Odile Safon. « Les outils d'amélioration de la pertinence des soins : les enseignements de l'étranger », Centre de documentation de l'Idres, 2018.

⁴⁴ Fédération Hospitalière de France (FHF). « La pertinence des acte et examens médicaux », Etude Odoxa, 2017.

1.1.3 Enfin, la démarche juste prescription se justifie par l'impact du système de santé sur les ressources collectives

a) *Les activités du système de santé ont un effet substantiel sur l'environnement*

Les émissions de gaz à effet de serre (GES) du secteur de la santé ont été estimées par le *Shift Project* à environ 8 % des émissions nationales.⁴⁵ Plus des trois-quarts de ces émissions sont dites de « scope 3 », - c'est-à-dire correspondant à des émissions indirectes- et concernent essentiellement les achats de médicaments et de dispositifs médicaux, et les transports des salariés et patients. Ces émissions sont majoritairement générées par les produits pharmaceutiques tout au long de leur chaîne de production (y compris hors de France) et de distribution.⁴⁶

Les établissements hospitaliers représentent quant à eux 38% des émissions de GES du secteur de la santé (la médecine de ville représente 23% de ces émissions).⁴⁷ De nombreux actes hospitaliers sont très « consommateurs » en médicaments et dispositifs médicaux, comme les soins aigus, les interventions chirurgicales énergivores qui impliquant l'utilisation de gaz médicaux et d'anesthésie et aussi les traitements tels que l'hémodialyse.⁴⁸

b) *La transition écologique devient un enjeu croissant pour les établissements de santé, comme pour le GHU Paris Saclay*

L'analyse du bilan des émissions de gaz à effet de serre du GHU Paris Saclay corrobore ces observations. Pour rappel, le GHU Paris Saclay est composé de 7 hôpitaux : l'Hôpital Bicêtre, l'Hôpital Paul Brousse, l'Hôpital Ambroise paré, l'Hôpital Antoine Bécclère, l'Hôpital Raymond Poincaré, l'Hôpital Sainte Péline et l'Hôpital Maritime de Berck. Le GHU Paris Saclay comporte plus de 3 350 lits dont 300 lits de soins critiques et dispose de 61 centres de maladies rares. En 2024, l'activité du GHU comptabilise plus de 205 000 séjours hospitaliers ainsi que plus de 250 000 passages aux urgences.

En 2024, les émissions générées par le GHU Saclay s'établissent à 256 009tCo₂, ce qui représente 253 kgCO₂ par journées d'hospitalisation, et 20tCO₂e par ETP (équivalent temps plein) en moyenne. Toutefois, il existe de fortes disparités par site en fonction de leur activité : les émissions par journée d'hospitalisation sont supérieures à 450kgCo₂e sur le site de Bicêtre, qui réalise une activité de MCO (médecine chirurgie

⁴⁵ Marrauld, Laurie, Rambaud, Thomas, « Décarboner la Santé pour soigner durablement », *Rapport du Shift Project*, avril 2023

⁴⁶ idem

⁴⁷ idem

⁴⁸ Anna-Veera Seppänen et Zeynep Or, « Comment améliorer la soutenabilité environnementale du système de santé? » Idres, 2023.

obstétrique), alors qu'elles sont inférieures à 50 sur le site de Sainte Périne (qui réalise une activité de médecine gériatrique).

Sur le GHU, la répartition par poste d'émissions est la suivante :

- Soins : 60%
- Energie : 9%
- Transport : 2% (déplacements via les véhicules sanitaires et HAD)
- Déplacements des professionnels : 11% à la fois domicile travail (évaluables en prenant en compte le nombre de versements mobilité et forfait Navigo financés par le GHU)
- Alimentation : 4% a
- Déchets : 1%
- Autres : 15%, principalement les achats hôteliers (vêtements, mobilier, linge, équipements de cuisine), et les fournitures utilisées pour les agents administratifs
- Numérique : 1% essentiellement du fait du matériel commandé et des données stockées

Afin de réduire l'impact carbone du GHU, l'établissement déploie une politique « Développement durable » pilotée par la Secrétaire Générale et qui comporte un volet sur chacun des postes d'émission mentionné.

Dès lors que les soins sont le premier poste d'émission des établissements hospitaliers, toute démarche « développement durable » en leur sein doit impérativement et prioritairement engager des actions sur ce levier, même si les marges de manœuvre de l'administration y sont moindres que pour d'autres leviers qui dépendent plus directement des directions fonctionnelles, comme les achats « autres » par exemple.

1.2 A l'échelle nationale, la pertinence des soins fait l'objet de politiques spécifiques, mais dont l'efficacité est limitée par un défaut de coordination des professionnels

1.2.1 La prescription relève de la liberté du praticien, mais s'inscrit dans un cadre défini et irrigué par le principe de pertinence

a) La prescription est encadrée légalement

Si la prescription relève de la responsabilité du médecin, elle est encadrée : le *Code de Déontologie médicale* pose en effet le principe de liberté de prescription « dans le cadre des limites fixées par la loi » (article R4127-8 du Code de Santé Publique).

Le cadre légal lie cette liberté à la compétence médicale, qui est une condition nécessaire même si non suffisante pour garantir la pertinence des soins. Ainsi comme l'article R4127-70 du CSP indique-t-il que « Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose ». Relèvent aussi de cette notion élargie de compétence médicale d'une part la mention d'une pratique médicale « fondé[e] sur les données acquises de la science » (article R4127-32 du CSP) et d'autre part de l'obligation de « développement professionnel continu » (Article R.4127-11 du CSP) des professionnels de santé.

b) Par ailleurs, la pertinence d'un acte renvoie à sa conformité avec les recommandations de bonne pratique émanant d'institutions reconnues

La pratique médicale est orientée par les recommandations de bonnes pratiques qui émanent d'institutions compétentes.

La HAS (Haute Autorité de Santé) a notamment pour mission l'élaboration et la validation, avec les professionnels concernés – notamment les sociétés savantes- et selon des méthodes scientifiquement reconnues, des référentiels de qualité des soins. Elles constituent des outils d'aide à la prise de décision, et permettent d'harmoniser les pratiques adéquates.

La production de recommandations a un réel impact sur l'évolution des pratiques et la réduction des phénomènes de surprescription en informant par exemple sur les posologies adaptées aux profils de patient et en alertant sur les risques de mauvaises interactions médicamenteuses. Par exemple, la HAS et l'Institut National du Cancer (INCa) ont élaboré des recommandations sur la thyroïdectomie qui ont fait baisser le nombre d'interventions de 6,7 % et ont permis à un grand nombre de patients de bénéficier d'un parcours préopératoire plus structuré et complet⁴⁹.

Par ailleurs, la HAS participe à la diffusion de ces référentiels pour favoriser leur utilisation par les professionnels, et produit de nombreux outils pour améliorer la pertinence des parcours, à destination des patients (guides) et des professionnels (indicateurs de qualité, etc).

⁴⁹ CNAM, "Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2018 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018", 2017.

c) *Le cadre national de la pertinence des soins articule un certain nombre de dispositifs, à l'échelle nationale et régionale*

A l'échelle nationale, la politique de pertinence des soins est notamment portée par la Stratégie Nationale de Santé, qui est issue de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS). La SNS fixe les priorités gouvernementales quinquennales en matière de santé. La pertinence des prescriptions, des actes et des hospitalisations constitue un volet spécifique de la SNS.

A l'échelle régionale, différents dispositifs existent et dont la structuration actuelle est issue du 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 a fait l'objet d'une actualisation en juillet 2022). Il existe tout d'abord des plans d'actions pluriannuels régionaux d'amélioration de la pertinence des soins (PADRAPs), conclus entre les ARS (Agences Régionales de Santé) et l'Assurance Maladie. Ces plans sont élaborés par l'IRAPS, Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins constituée de l'ARS de l'Assurance Maladie, de professionnels de santé et d'usagers, à partir d'un diagnostic territorial. Le plan définit des domaines d'action prioritaires pour la mise en œuvre desquels les universités sont impliquées, en tant qu'acteurs centraux de la formation des futurs professionnels de santé. Ces plans définissent également des critères de ciblage pour identifier les établissements présentant un risque de sur réalisation d'actes.

La mise en œuvre de ces actions peut faire l'objet d'une contractualisation, à travers le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) entre l'ARS, l'Assurance Maladie et un établissement de santé, ciblant par exemple des objectifs de réduction de nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions. Les objectifs de ce contrat sont évalués annuellement par l'IRAPS, ce qui peut conduire au déclenchement d'une procédure de mise sous accord préalable d'acte ou de prestation en cas de non-respect des objectifs.

Depuis 2022, une nouvelle modalité de CAQES a été développée qui recentre ses objectifs sur la qualité des prises en charge et substitue une logique d'incitation financière à la réalisation des objectifs à une sanction en cas de non atteinte des objectifs. En effet, cette version du dispositif est agrémentée d'un dispositif d'intéressement qui permettra aux hôpitaux de récupérer une partie des économies générées par la diminution de ces prescriptions hospitalières effectuée en ville.

Par ailleurs, afin de maîtriser le sur-recours, les ARS ont la possibilité de fixer un volume d'activité cible sur certains actes ou prescriptions pour les établissements dont le nombre d'actes s'écarte de manière significative de la moyenne régionale. A l'issue d'une période

de deux ans, le DGARS pourra, en cas de non-diminution de ce volume et après procédure contradictoire, minorer les tarifs nationaux des actes, prestations et prescriptions considérées.

La politique de pertinence à l'échelle nationale constitue donc un domaine identifié des politiques de santé et fait l'objet de dispositifs d'accompagnement et de contrôle. Toutefois, ces outils « macro » ne permettent qu'indirectement d'adresser l'enjeu de juste prescription.

1.2.2 Toutefois, la désorganisation des parcours à tous les niveaux limite l'efficacité de ces dispositifs, malgré les efforts réalisés pour mieux structurer les prises en charge

a) De nombreux dispositifs ont été déployés pour structurer les parcours de soin

Un des enjeux fondamentaux du système de santé concerne l'organisation territoriale des soins, afin d'assurer l'accès à la santé et de créer des parcours de soins cohérents, coordonnés et répondant aux besoins de santé de la population. La coopération entre professionnels de santé en est un principe majeur. En outre, l'organisation des soins sert la juste prescription, dans la mesure où la désorganisation des soins induit un défaut de continuité dans les parcours de soin qui génère une redondance des actes.

Ainsi, de nombreuses réformes touchant les secteurs de ville et hospitaliers ont eu pour visée première de renforcer la coopération entre professionnels de santé. En ce qui concerne le secteur hospitalier, la constitution de Groupelements Hospitaliers de Territoire (GHT) a entre autres pour objectif de mieux structurer l'offre territoriale de soin avec l'adoption d'un projet médical partagé qui met en avant la notion de filière et la gradation des soins.⁵⁰

En ce qui concerne la médecine de ville, la coordination des parcours a été améliorée par la mise en place de dispositifs visant à favoriser l'exercice coordonné, dont un exemple récent est la constitution de CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), créées par loi de modernisation de notre système de santé (LMSS). Ces communautés regroupent des professionnels implantés sur un territoire qui s'organisent pour déployer un projet de santé. Ce renforcement de l'organisation des soins s'est poursuivi avec le plan Ma Santé 2022, qui clarifie la gradation des soins et initie une meilleure structuration des parcours autour de pathologies identifiées (exemple : insuffisance cardiaque) avec le développement de modes de financement innovants pour la prise en charge des

⁵⁰ Dagorn, Claude ; Giorgi, Dominique ; Meunier, Alain. « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT), IGAS, Décembre 2019.

pathologies chroniques.⁵¹ Enfin, de multiples dispositifs de coordination existent qui visent à améliorer l'adressage des patients, qui se sont récemment unifiés autour du dispositif d'appui à la coordination (DAC) depuis la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), qui améliore l'orientation des patients vers des professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux.

Si ces dispositifs améliorent la structuration de parcours, l'organisation des soins entre demeure en silos entre médecine de ville et hôpital. Cela limite l'efficacité des outils organisationnels mis en place, dès lors que l'entrée et la sortie d'hospitalisation constituent des moments charnières du parcours de soin et requièrent une coordination entre soins primaire et médecine de recours. L'organisation globale des soins doit au contraire assurer une réelle continuité entre les prises en charge de ville et les hospitalières.

b) Cette organisation territoriale est complétée par le déploiement d'outils numériques visant à assurer le partage d'informations

Le partage d'informations est un élément indispensable pour garantir le suivi des patients, condition sine qua non de la pertinence des soins. Son enjeu se situe à deux niveaux.

D'une part, l'échange entre professionnels est essentiel pour organiser les prises en charges. D'autre part, le suivi adéquat du patient requiert la disponibilité et l'accessibilité des informations sur ses données de santé par tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge, afin de limiter les ruptures de parcours ainsi que les recours inadéquats aux urgences et à l'hospitalisation.

L'échange d'informations entre professionnels concernant les prises en charge des patients constitue aujourd'hui une obligation légale, à travers les lettres de liaison en amont et en aval de l'hospitalisation (article L.1112-1-II du Code de Santé Publique) : avec la lettre d'entrée, le praticien de ville adresse un patient à un établissement en communiquant des informations nécessaires à la prise en charge, par la lettre de sortie le praticien hospitalier délivre des informations sur l'hospitalisation et les modalités de continuité des soins.

Pour favoriser le partage d'information, des Messagerie Sécurisées de Santé (MSSanté) ont été développées, qui permettent l'échange de documents de santé entre professionnels.

Au-delà de cet échange d'information sur les prises en charge, améliorer la pertinence des prises en charge implique de nourrir le dossier médical du patient et de renforcer son accessibilité pour les professionnels qui participent à sa prise en charge. Pour ce faire, des outils ont été déployés. Le DPI (dossier patient informatisé) est un système numérique qui

⁵¹ Ministère de la Santé, « Ma Santé 2022 : Synthèse », 2019.

centralise les informations de santé du patient. Il comporte son historique médical, ses résultats d'examens, ses compte rendus d'hospitalisation, ses ordonnances et prescriptions, ses antécédents, ainsi que ses données administratives (âge, sexe, etc). Le DPI constitue une fonction du système d'information hospitalier (SIH), qui fonctionne en interaction avec les différents logiciels métiers. Si le DPI n'est pas légalement obligatoire, il est mentionné par le référentiel de certification de la HAS et donc largement déployé⁵². Le DPI constitue une avancée significative pour améliorer la pertinence des prises en charge hospitalières. Comme partie intégrante du SIH, le DPI est interne à un établissement, et les informations qu'il contient ne sont pas accessibles au-delà du périmètre hospitalier. Toutefois, les professionnels hospitaliers peuvent envoyer des documents liés au parcours du patient à l'extérieur du SIH et de manière sécurisée par les PFI (plateformes d'intermédiation).

Le DPM (dossier médical partagé) a été déployé en 2004. L'article L.111-15 du CSP fixe aux professionnels de santé l'obligation de verser certaines informations sur le DMP, parmi lesquelles les « éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge ». Le Dossier Médical Partagé, assimilable à un carnet de santé numérique, s'articule désormais avec Mon Espace Santé, qui est le service public numérique à destination des usagers. Ce service public numérique permet aux usagers la gestion de leurs données, et qui comprend le profil médical du patient, les documents contenus dans le DMP ajoutés par le patient ou envoyés par un professionnel ou un établissement de santé. Le DMP quant à lui demeure le point d'entrée des professionnels pour alimenter et consulter les dossiers médicaux partagés par le patient et par différents professionnels impliqués dans sa prise en charge. L'alimentation du DMP est essentielle afin d'assurer que les informations présentes soient actualisées, pertinentes et exhaustives, et éviter les redondances et les interactions médicamenteuses.

Les enjeux actuels concernent le partage des informations entre le DPI et le DMP, et le renforcement de l'interopérabilité entre les différents DPI (il peut exister des DPI gérés par des professionnels de ville dans leur cabinet). Celui-ci doit toutefois respecter les exigences de propriété des données de santé conformément au RGPD.

c) Cependant, le partage d'informations demeure imparfait

L'interopérabilité désigne la capacité de différents systèmes d'information, dispositifs et applications d'accéder, d'échanger et d'utiliser les données de manière coordonnée, au sein et au-delà des frontières organisationnelles⁵³. Toutefois, les outils de partage d'informations

⁵² Bonthoux, Thomas ; Lereun, Ronan. « Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable », Anap, 2015.

⁵³ Bonthoux, Thomas ; Lereun, Ronan. « Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable », Anap, 2015.

développés ne satisfont pas à cette condition, car ils ne sont pas transversaux car les systèmes d'information se sont mis en place de manière sectorielle.⁵⁴

D'une part, les systèmes d'informations sont fragmentés et les données cloisonnées, entre la médecine de ville et l'hôpital, mais également entre les différents établissements de santé⁵⁵. Le DPI étant propre à un établissement de santé, les données y figurant ne sont pas accessibles en dehors du SIH, même si les hôpitaux délivrent des informations sur le séjour hospitalier via la lettre de sortie et l'utilisation des PFI. On constate par ailleurs que ce transfert de données est souvent unidirectionnel, car les informations détenues par les praticiens de ville sont rarement transmises aux autres professionnels de santé. En effet, de nombreux professionnels de santé de ville n'alimentent pas le DMP. Enfin, ce problème est renforcé lorsque le patient ne dispose pas d'un médecin traitant.

Le manque de transversalité des outils déployés limite leur efficacité pour réellement améliorer la continuité et la coordination des parcours.

1.3 Si la démarche juste prescription constitue un levier de performance organisationnelle et qualitative, elle est complexe à mettre en œuvre au sein des établissements de santé

1.3.1 La juste prescription constitue un fort levier de la performance hospitalière

a) La juste prescription favorise l'optimisation des ressources matérielles et des plateaux techniques

La pertinence des soins favorise l'utilisation adéquate et proportionnée des plateaux techniques d'imagerie ainsi que des laboratoires, ce qui est crucial au regard du degré de sollicitation dont ils font l'objet. En effet, ils sont mobilisés en continu à la fois par les urgences et les services cliniques, pour les prises en charge des patients et les activités liées à la recherche. Une sur sollicitation des effecteurs produit des impacts organisationnels défavorables en augmentant les délais d'attente pour l'accès au plateau d'imagerie et l'obtention des résultats d'analyse de biologie.

D'une part, cela allonge les durées de séjour en hospitalisation complète, et ce d'autant plus que la sortie de certains patients est conditionnée à la réalisation d'actes de biologie ou d'imagerie. D'autre part, l'accès au plateau technique est une condition

⁵⁴ Bonthoux, Thomas ; Lereun, Ronan. « Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable », Anap, 2015.

⁵⁵ Deroche, Catherine. Jomier, Bernard. « Hôpital : sortir des urgences », Rapport d'information sénatorial, 2022

nécessaire pour assurer la programmation des hospitalisations partielles. Ainsi, la bonne utilisation de ces ressources participe de la fluidité des parcours, et de manière incidente participe à l'augmentation du nombre de séjours.

Enfin, le contexte actuel de tension de recrutement concernant les manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) renforce cette nécessité à davantage de sobriété dans les prescriptions.

- b) La juste prescription participe d'une meilleure utilisation du temps soignant et administratif.*

Dès lors que chaque prescription est consommatrice de ressources humaines et matérielles, l'amélioration de pertinence des soins permet de diminuer la pression exercée sur ces ressources.

D'une part, les prescriptions mobilisent des ressources humaines soignantes et administratives. Par exemple, les prélèvements « consomment » du temps infirmier et du temps de biologiste pour l'analyse des résultats. Au-delà du temps soignant, les actes hospitaliers consomment du temps et des ressources « administratives » pour les admissions, la facturation ou encore la réalisation de compte rendus.

En outre, elles mobilisent des ressources matérielles, dont la disponibilité est assurée par une chaîne logistique qui fait intervenir un grand nombre de professionnels, tant pour les achats, le transport, la distribution dans les services, le réassort, qu'en fin de cycle pour la gestion des déchets produits.

1.3.2 Les politiques d'amélioration de la pertinence des soins sont toutefois complexes à mettre en œuvre à l'hôpital

- a) Les structures hospitalières ont une organisation complexe*

Tout d'abord, les structures hospitalières sont des organisations complexes.

D'un point de vue de leur organisation matérielle, elles sont constituées par des équipes nombreuses qui rassemblent des professionnels aux horizons très divers, présentes sur des locaux multiples et de taille importante organisés en zones distinctes.

D'un point de vue de leur activité, les établissements de santé se caractérisent par la réalisation d'activités multi-intervenants, qui font souvent intervenir des processus de production sur site (exemple les traitements anticancéreux produits par la PUI). Ces éléments constituent des contraintes organisationnelles très fortes.

- b) Par ailleurs, la prescription à l'hôpital est peu maîtrisée*

La condition de réussite de toute démarche juste prescription réside dans sa capacité à faire évoluer durablement les pratiques des prescripteurs.

Or, les mécanismes déployés à l'échelle nationale (exemple CAQES) ciblent principalement les établissements plutôt que les prescripteurs individuels.⁵⁶ Par ailleurs, il est très difficile de produire une analyse médicale individuelle du comportement de prescription, au-delà des tendances par service. Or les pratiques peuvent varier d'un praticien à l'autre d'une même spécialité.

Cette difficulté de toucher les prescripteurs est renforcée à l'hôpital, pour plusieurs raisons structurelles. D'une part, l'activité de certains services comme le SAU répond à une logique de l'urgence, qui peut favoriser la sur-réalisation d'actes afin de diminuer le risque (de mauvais diagnostic par exemple) ou la sur-médication du fait de l'absence d'accès direct à l'information sur les antécédents du patient. D'autre part, la réalisation de prescription par des internes, et l'absence de séniorisation des prescriptions peut induire de la surprescription (demande d'examens complémentaires, etc), comme en témoignent les différents entretiens réalisés sur le GHU Paris Saclay auprès des professionnels de santé.

Dans ce contexte, tant la conception, le pilotage, la mise en œuvre opérationnelle, le suivi et l'évaluation de ce plan impliquent la concertation, la collaboration et la coopération de tous les professionnels de la chaîne soignante et médico-technique.

⁵⁶ Cour des Comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre 6 « La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical », 2016

2 Le GHU Saclay a mis en place un plan spécifique pour assurer l'implication de tous les professionnels ainsi qu'une coordination administrative et soignante

La démarche « Juste Prescription » a été lancée en 2023, impulsée par le Directeur Général de l'AP-HP, Martin Revel. Son portage a été « médicalisé », puisque confié à l'anesthésiste-réanimatrice et professeure des universités Catherine Paugam-Burtz, Directrice Générale Adjointe jusqu'en 2025, puis à son successeur l'anesthésiste-réanimateur et professeur Etienne Gayat. Sa coordination au niveau institutionnel a été confiée à une directrice déléguée auprès du Directeur Général, Mme Laurence Nivet.

Ce plan suit un phasage spécifique, qui sera détaillé et analysé dans ce travail.

Phase 1 : Constitution de la *Task Force* et développement méthodologique

Phase 2 : Production d'analyses et recoupement de données

Phase 3 : Échanges avec les services et choix des actions

Phase 4 : Portage auprès des prescripteurs et mise en œuvre quotidienne

Chacune des phases du plan requiert une implication transversale de tous les acteurs hospitaliers et à toutes les échelles. Elle mobilise les directions du siège, les Commissions centrales, les directions fonctionnelles et les services médico-techniques et cliniques. En termes d'échelles, le plan se déploie à deux niveaux. Un plan d'action annuel AP-HP détermine les actions transversales à déployer par les directions du siège et les différents acteurs au sein des GHU. En outre, chaque GHU doit présenter au siège un plan d'action annuel, dont le portage est assuré par les directions des affaires financières (DAF) et qui agrège les actions retenues par les services cliniques au sein des établissements à partir des grandes thématiques portées par l'institution.

2.1 La conception et le pilotage du plan reposent sur une forte coopération médico-administrative

L'objectif premier du plan est d'assurer l'implication des différents acteurs, et en particulier des prescripteurs. Pour ce faire, une comitologie transversale et pluriprofessionnelle a été déployée, tant à l'échelle de l'AP-HP qu'à l'échelle des GHU.

Les phases 1 et 2 du plan (2023 – 2024) ont adressé les questions opérationnelles majeures d'appropriation des objectifs du plan, d'évaluation des bonnes pratiques par les

professionnels, et du calcul d'impact des actions envisagées, nécessaires pour la sélection des grandes actions du plan.

Les critères de choix des actions fixés par la *Task-force centrale* reflètent un souci d'opérationnalité et d'efficacité : ces actions doivent être à la fois fondées sur le plan scientifique, impactantes et généralisables.

2.1.1 Au niveau stratégique, la comitologie déployée vise à assurer un double portage médical et administratif du plan à toutes les échelles

a) Le pilotage central regroupe les principaux acteurs institutionnels aux profils professionnels variés

La comitologie mise en place regroupe les instances de pilotage médicales et administratives de l'AP-HP et des GHU.

Au niveau du siège une task-force centrale a été mise en place, qui réunit le président de la CME (comité médical d'établissement) des membres des Collégiales, des professionnels des GHU (cliniciens, biologistes, radiologues, pharmaciens, directeurs financiers) et de l'AGEPS (Agence Générale des Équipements et Produits de Santé)⁵⁷. Elle comporte une diversité de profils professionnels et des représentants de chaque GHU. Cette *task-force*, qui se réunit trimestriellement, a pour mission l'élaboration du plan d'action annuel institutionnel, qui est validé par le directeur général et la CME. Elle assure également le suivi du plan d'action institutionnel en supervisant des comités de pilotage thématiques et en s'assurant un partage d'informations et de bonnes pratiques entre GHU. Enfin, la *task-force* présente le bilan annuel du plan d'action à la direction et à la CME.

Le plan « Juste Prescription » est structuré en trois grandes thématiques : médicament, biologie et imagerie, représentant ses trois domaines d'intervention. Trois comités spécialisés sont mobilisés pour coordonner les actions institutionnelles communes dans chacun des domaines. Ces trois comités sont la COMÉDIMS (Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles), sous-commission de la CME centrale qui a notamment pour mission d'émettre des avis sur le livret thérapeutique⁵⁸, le Comité Biologie et le Comité Imagerie. Les Comités sont mobilisés pour coconstruire avec les directions du siège les outils de pilotage du plan (tableaux de bord, indicateurs) à destination des effecteurs au sein des GHU. Ce faisant, ils assurent une disponibilité uniforme des outils communs et des ressources (supports de communications, appui technique, etc).

⁵⁷ L'AGEPS est un pôle d'intérêt commun de l'AP-HP qui met en œuvre la politique de l'institution en matière d'équipements et de produits de santé. Ses équipes pluridisciplinaires sont notamment constituées de pharmaciens, ingénieurs biomédicaux, cadres de santé, acheteurs, techniciens de laboratoire et préparateurs en pharmacie

⁵⁸ *soit les médicaments référencés par l'AP-HP

b) Au sein des GHU également, un double portage médical et administratif a été mis en place

Le déploiement opérationnel du plan est confié aux GHU, pour toucher plus directement les prescripteurs – condition *sine qua non* de toute démarche sur la juste prescription.

Au sein du GHU Paris Saclay, une structure de pilotage médicale et administrative locale est responsable de la mise en œuvre des actions du plan d'action institutionnel ainsi que de l'élaboration du plan d'action interne au GHU. Ce comité de pilotage (COPIL) est dirigé par un binôme composé de la DIM (directeur de l'information médicale) de l'Hôpital Ambroise Paré et du Directeur des Finances du GHU, et comporte des binômes médico – administratifs sur chacune des thématiques identifiées : la biologie (porté par le chef de service de biologie de Bicêtre et un membre de l'équipe du contrôle de gestion) ; les médicaments (porté par la cheffe de service de la PUI de Bicêtre et la Cadre Administrative du DMU Pharmacie) et l'imagerie (porté par deux radiologues de Bicêtre et cadres administratifs du DMU Imagerie).

Les acteurs médicaux impliqués sont par ailleurs membres du COMEX et de la CMEL du GHU pour assurer sa large diffusion auprès de la communauté médicale. Enfin, ce COPIL comporte deux référents de la démarche "Développement Durable" portée par le GHU et pilotée par sa Secrétaire Générale.

Le suivi du plan est assuré par un *reporting* semestriel du COPIL aux instances COMEX, la CME et la COMEDIMS centrales et locales (c'est-à-dire intra GHU).

Enfin, le Directeur Général de l'AP-HP a fait du plan juste prescription un levier du dialogue de gestion institutionnel lors des conférences organisées à l'automne et en juin à l'occasion de l'élaboration et du suivi et de la mise en œuvre de l'EPRD (Etat prévisionnel des recettes et des dépenses). L'inscription du plan juste prescription dans le dialogue de gestion institutionnel et donc dans la démarche globale de performance met en exergue sa dimension de levier d'efficience organisationnelle et financière. Cela conduit par ailleurs les GHU à en faire un outil de gestion quotidien.

c) La construction du plan d'action institutionnel repose sur des données scientifiques probantes afin d'assurer son approbation par la communauté médicale

La démarche juste prescription relève d'une approche d'evidence based medicine, c'est-à-dire d'une pratique médicale fondée sur les faits et qui œuvre à produire des données probantes pour orienter les pratiques. Cette approche repose sur « l'utilisation (...) explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décision

concernant les soins à prodiguer à chaque patient »⁵⁹, et donc systématiser la recherche scientifique et son intégration dans la clinique.

La *Task-force* centrale s'est fortement reposée sur des données scientifiques pour établir son plan d'action afin d'assurer l'adhésion des professionnels de santé aux nouvelles pratiques proposées, et d'en faire des porteurs engagés.

En effet, les thématiques centrales du plan sont largement étayées scientifiquement. La pertinence du passage de l'IV au per os a été pour l'administration de certains médicaments comme le paracétamol ou l'amoxicilline fait l'objet d'études⁶⁰ dont la *task-force* centrale a d'ailleurs fait mention dans sa présentation du plan à la CME. Ce médicament présente une efficacité et une biodisponibilité identiques entre les deux voies d'administration, avec un bilan carbone huit fois moins important pour la voie per os, et des risques fortement diminués d'infection. Outre un gain qualitatif dans la thérapeutique, ce changement de pratique est porteur d'un gain financier, car le coût unitaire d'une administration IV est de 0,69 € contrairement à environ 0,06 € pour la voie *per os*.

Dans les services de médecine interne étudiés, il s'est avéré que sur le quart des patients perfusés plus de 48h, 15% des perfusions ont été estimées évitables. Le caractère « évitable » des perfusions signale que les thérapeutiques dont avaient besoin les patients auraient pu être administrées oralement. Par ailleurs, cette étude a mis en évidence l'efficacité de certaines mesures correctrices comme l'éducation des professionnels. Trois mois après la formation des équipes soignantes, les perfusions évitables avaient diminué de 40% dans les services étudiés⁶¹.

2.1.2 Au niveau institutionnel, les phases 1 et 2 ont permis d'assurer que les prescripteurs et effecteurs disposent d'outils pour mettre en œuvre les actions de juste prescription

- a) *La collecte des données de consommation a permis de dresser un état des lieux de départ et de créer des outils pour le déploiement ultérieur des actions du plan*

Les données considérées dans le plan sont les consommations (nombre d'actes de biologie, nombre d'actes d'imagerie, consommations de médicaments en volume et en valeur) qui émanent du logiciel ORBIS, le DPI (dossier patient informatisé) déployé sur l'AP-HP, et qui permet entre autres la gestion du circuit du médicament, des demandes

⁵⁹ Davidoff F Haynes RB, Sackett DL, Smith R. *Evidence-based medicine*. British Medical Journal, 1995.

⁶⁰ Champion, K. « Evaluation et amélioration des pratiques concernant les perfusions intraveineuses en médecine interne », The American Journal of Medicine, vol 126, n°10, Octobre 2012.

⁶¹ idem

d'examens internes et externes et de la biologie et la prise en charge des soins infirmiers. Les données d'activité (nombre de séjours) sont agrégées par le contrôle de gestion.

Dans un premier temps, la Direction du Numérique du siège de l'AP-HP a opéré une remontée des données pour construire des tableaux de bord par service, ce qui permet de croiser les consommations à l'activité. Ils ont été présentés à la CMEL, ce qui a permis aux médecins d'identifier les priorités d'action au sein du GHU.

Ces tableaux de bord ont vocation à servir d'outils de suivi grâce à une mise à jour mensuelle au niveau local, après un travail de retraitement et de fiabilisation des données effectué par les référents thématiques du GHU. Ils sont réalisés à l'échelle des DMU (Départements Médicaux Universitaires, équivalents des pôles à l'AP-HP).

Ils sont ensuite déclinés à l'échelle des services ce qui permet d'avoir une vue globale médicale et financière. En biologie par exemple, un indicateur qui croise le nombre d'actes réalisés par séjour avec la valorisation de chaque acte par leur coût unitaire a été réalisé. Les informations produites (notamment le top 10 des actes les plus prescrits et les actes les plus coûteux, ainsi que le top 10 des médicaments les plus prescrits) complètent dorénavant les tableaux de performance envoyés par la DAF mensuellement aux cadres administratifs de DMU pour nourrir le dialogue de gestion quotidien. Cette méthodologie permet de consolider les tableaux de performance et de rendre les données mobilisables pour renforcer le dialogue médico-administratif et entre prescripteurs et effecteurs. D'ailleurs, de nombreux chefs de service ont demandé à bénéficier de tableaux comparatifs par spécialité inter-GHU afin d'analyser les écarts de pratiques.

b) Des indicateurs ont été créés pour sélectionner les actions à impact et assurer leur suivi

Le critère d'impact peut s'appréhender selon différentes perspectives : une amélioration notable de la qualité des soins, des retombées financières positives, ou l'amélioration de la performance hospitalière (gain de temps pour les professionnels de santé, amélioration de la fluidité du plateau technique). Les actions doivent en outre présenter une marge de progression importante, permettant ainsi d'obtenir des résultats tangibles. Ainsi, les actions sélectionnées doivent être mesurables, c'est-à-dire concrètement assorties de critères et d'indicateurs de suivi opérationnels.

Les indicateurs sont indispensables pour la phase opérationnelle du plan. D'une part, le déploiement concret et opérationnel des actions du plan implique un dialogue resserré entre effecteurs et prescripteurs pour faire évoluer les pratiques. D'autre part, les indicateurs de suivi permettent d'adapter dans le temps les plans d'action annuels en fonction des résultats obtenus. Enfin, ils permettent l'évaluation du plan, qui relève de la

performance globale de l'établissement et constitue un élément central du dialogue institutionnel lors des instances, notamment au niveau des CME centrales et locales (CME du GHU) et représente un facteur de motivation essentiel pour les professionnels engagés dans la démarche.

c) *Pour construire des indicateurs d'impact, des études ont été produites localement afin d'identifier la pertinence réelle des prescriptions du GHU*

Ces études ont été réalisées par les task-forces thématiques locales, composées d'un binôme administratif – praticien (biologiste, PUI, radiologue).

Dans le domaine du médicament, une revue approfondie des consommations a été réalisée sur des médicaments dont la consommation a connu une croissance dynamique mais surtout très différenciée par site, comme le Ferinject (+17% en valorisation entre 2022 et 2024). Une grille d'audit des prescriptions a été élaborée pour évaluer sa pertinence, notamment auprès des femmes enceintes ou des patients nécessitant un séjour hospitalier court.

Tableau 1 : Évolution des consommations de Ferinject sur les différents sites du GHU

Article	Site	Montant 23	Montant 24	Ecart 23/24
FERINJECT	BCT	368 594 €	386 453 €	17 859 €
	APR	272 870 €	255 920 €	- 16 950 €
	ABC	376 407 €	400 016 €	23 609 €
	RPC	8 986 €	28 445 €	19 459 €
	PBR	105 897 €	125 483 €	19 586 €
	SPR	26 177 €	27 741 €	1 564 €
	BRK	156 €	391 €	235 €
Total Ferinject		1 159 087 €	1 224 449 €	65 362 €

En outre, une étude a été réalisée pour déterminer la part "évitable" de 300 prescriptions de perfusions d'antibiotiques après calcul du ratio IV/per os pour l'administration de l'amoxicilline au sein du GHU, qui est de 13% IV pour 87% per os. Elle a été conduite sur 3 mois dans les services de chirurgie gynécologique, de chirurgie orthopédique, de gériatrie, de médecine polyvalente, d'immunologie, de chirurgie digestive, ainsi qu'au sein de l'unité post urgence de l'Hôpital Bécclère. Une revue des cas a été établie par la PUI à partir des données patients d'Orbis afin d'estimer la justification des différents modes d'administration du médicament (IV simple / co prescription IV peros / per os), le nombre de doses reçues et l'état général du patient. Les principaux résultats sont les suivants :

- 37 % des prescriptions d'antibiotiques étaient administrées par voie IV, avec un pic à 50 % en chirurgie digestive et 40% en UPACS (unité post urgence)

- 13,5 % de ces prescriptions IV ont été jugées discutables, c'est-à-dire qu'un relai oral aurait été possible sans perte de chance pour le patient.

En biologie, les indicateurs produits sont les suivants :

- Le nombre d'analyses redondantes, notamment pour les patients adressés du SAU vers les services cliniques
- Le nombre de non-conformités (désignant les analyses demandées dans un délai non conforme avec les recommandations de bonnes pratiques)
- L'estimation du volume de sang prélevé : (i) la moyenne des prélèvements par jour par patient (qui est de 10ml sur le GHU) et (ii) moyenne de sang prélevé par séjour d'hospitalisation complète (qui est de 80ml). Cet indicateur est concret pour nourrir efficacement le dialogue entre médecins et biologistes.

Dans le domaine de l'imagerie, l'indicateur de nombre de radios au lit par patient et par jour a été validé avec les collégiales de médecins réanimateurs, de Cardiologie et de radiologie en 2024. Des études comparatives ont été menées sur les radiographies au lit du patient entre les services d'accueil des urgences (SAU) du GHU.

L'ensemble de ces actions permet d'adopter une perspective qualitative et quantitative pour appréhender la démarche juste prescription de façon adéquate, c'est-à-dire contextualisée.

2.1.3 La construction de données et d'indicateurs a permis l'identification des thématiques transversales et des objectifs communs de l'institution pour nourrir les plans d'action annuels des phases 3 et 4

a) La production de données a permis un ciblage des actes à réduire

Ces travaux préparatoires ont permis d'identifier les actes les plus prescrits et les services les plus « consommateurs » (cf. tableau 1) qui sont sans surprise le SAU, la réanimation, l'obstétrique et la médecine interne, services qui se caractérisent par une intense activité diagnostique consommatrice en acte, ou par une charge en soin importante. Ils pourront ainsi faire l'objet d'une attention spéciale de la part des effecteurs pour les accompagner dans leurs actions.

Tableau 2 : Les 6 actes de biologie les plus prescrits et leur répartition par spécialité médicale, de manière agrégée à l'AP-HP. Source : document institutionnel

Les 3 spécialités médicales les plus consommatrices du TOP 6 des actes les plus prescrits à l'AP-HP en 2023

Code acte de biologie	Libellé acte de biologie	Chapitre acte de biologie - Type de laboratoire	Type d'acte de biologie	Spécialité médicale	Nombre de B	Répartition des B du TOP50 par code acte	Nb d'actes de biologie
N156	PCR CLASSIQUE OU TEMPS REEL QUALITATIVE MULTIPLEX POUR ≤ 10 COUPLES D'AMORCES (ADN/ARN)	14 - TESTS D'AMPLIFICATION GENIQUE ET D'HYBRIDATION MOLECULAIRE (DIAGNOSTIC PRENATAL EXCLU)	LISTE RIHN DGOS + LC DGOS		83 283 000	10,1%	83 283
				9210010 - STRUCTURES DES URGENCES ADULTES	21 355 000		21 355
				9230010 - MEDECINE INTERNE	8 027 000		8 027
				9210030 - STRUCTURES DES URGENCES PEDIATRIQUES	5 152 000		5 152
O999	SANG : GAZ DU SANG	12 - BIOCHIMIE	TABLE NATIONALE DE BIOLOGIE		57 726 060	7,0%	824 658
				92312020 - ANESTHESIE - REANIMATION CHIR. ADULTES	12 889 820		184 126
				92303010 - REANIMATION MEDICALE ADULTE	8 010 520		114 436
				9210010 - STRUCTURES DES URGENCES ADULTES	6 310 570		90 151
N131	PCR CLASSIQUE OU TEMPS REEL QUALITATIVE MULTIPLEX POUR ≤ 10 COUPLES D'AMORCES (ADN/ARN)	14 - TESTS D'AMPLIFICATION GENIQUE ET D'HYBRIDATION MOLECULAIRE (DIAGNOSTIC PRENATAL EXCLU)	LISTE RIHN DGOS + LC DGOS		51 655 000	6,2%	103 310
				9210010 - STRUCTURES DES URGENCES ADULTES	10 448 000		20 896
				9230010 - MEDECINE INTERNE	3 236 000		6 472
				92320011 - URGENCES OBSTETRIQUE	2 812 500		5 625
I104	HEMOGRAMME Y COMPRIS PLAQUETTES (NFS, NFP)	05 - HEMATOLOGIE	TABLE NATIONALE DE BIOLOGIE		46 381 566	5,6%	2 108 253
				9210010 - STRUCTURES DES URGENCES ADULTES	5 424 298		246 559
				9230010 - MEDECINE INTERNE	3 934 172		178 826
				92320010 - OBSTETRIQUE	1 922 910		87 405
C065	MARQUAGE CELLULAIRE QUELQU'IL SOIT EN CYTOMETRIE EN FLUX (PAR AC)	07 - IMMUNOLOGIE	LISTE RIHN DGOS + LC DGOS		38 971 800	4,7%	389 718
				92302110 - HEMATOLOGIE CLINIQUE ADULTE	8 399 100		83 991
				9230010 - MEDECINE INTERNE	4 610 100		46 101
				92300020 - MALADIES INFECTIEUSES	2 950 400		29 504
1610	SANG : IONOGRAMME COMPLET (NA + K + CL + CO2 + PROTIDES)	12 - BIOCHIMIE	TABLE NATIONALE DE BIOLOGIE		34 127 260	4,1%	1 706 363
				9210010 - STRUCTURES DES URGENCES ADULTES	4 466 540	13,1%	223 327
				9230010 - MEDECINE INTERNE	3 207 500	9,4%	160 375
				92312020 - ANESTHESIE - REANIMATION CHIR. ADULTES	1 387 020	4,1%	69 351

En outre, l'augmentation importante des consommations de test PCR dans tous les SAU a été mise en évidence, et peut relever d'une action juste prescription transversale. En effet, une grande part des tests effectués sont des test PCR « multiplex », couvrant un spectre très large de virus). Le coût unitaire de ce test avoisinant les 60€, il est légitime pour l'institution de s'interroger sur la pertinence d'une telle systématisation d'examens, qui semble en décalage avec les besoins réels des patients. Ainsi les ressources allouées à ces examens pourraient être mieux utilisées.

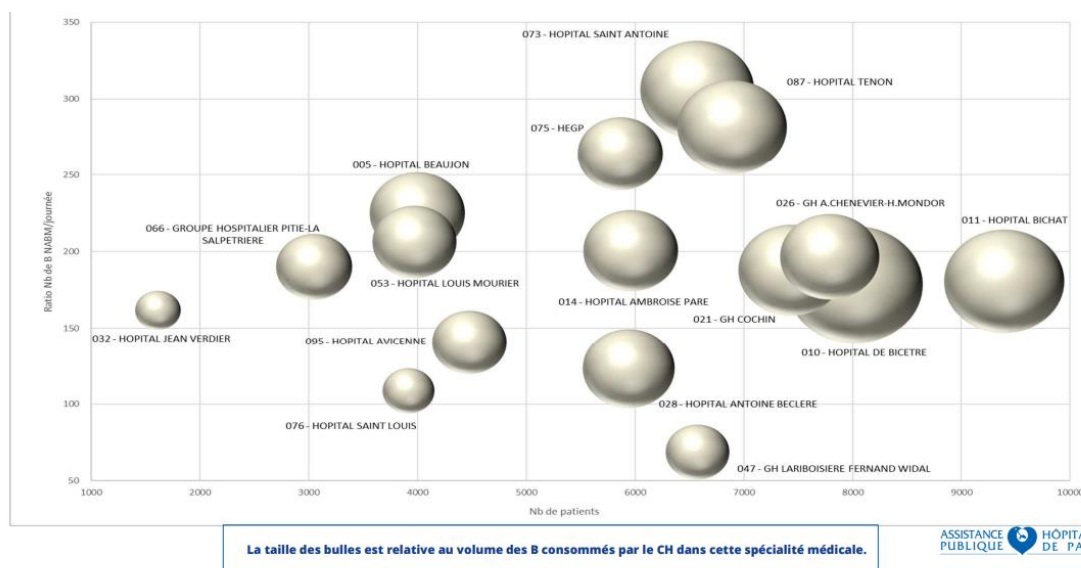
- b) *Les travaux préparatoires ont permis d'établir des comparaisons entre services, et donc de cibler les services pour lesquels un accompagnement spécial pourrait être envisagé*

Les données produites ont mis en évidence des différences de consommation entre des service similaires de différents hôpitaux, ce qui peut être révélateur de divergences de pratiques, même si ces différences doivent être interprétées avec attention car peuvent s'expliquer par le profil des patients. Ainsi, la forte disparité du nombre d'examens de biologie réalisés par journée d'hospitalisation dans les services d'urgences des hôpitaux de l'AP-HP est significative, surtout au regard du nombre de patients accueillis.

Tableau 3 : Consommation des actes de biologie dans les SAU de l'AP-HP.

Source : document institutionnel

Répartition des sites de l'AP-HP en fonction du nombre de B NABM par journée d'hospitalisation au SAU en 2023



2.2 Pour déployer les actions transversales retenue, l'institution a ciblé comme priorité du plan 2024-2025 l'amélioration de la diffusion des bonnes pratiques et de l'accès à des outils opérationnels

Les grandes actions retenues au niveau central pour les années 2024 – 2025 concernant les trois domaines des médicaments de la biologie et de l'imagerie visent à améliorer la diffusion des bonnes pratiques.

2.2.1 Le plan d'action institutionnel 2024-2025 fixe des règles et des objectifs clairs sur les bonnes pratiques à favoriser

- a) *Le plan repose sur la formalisation de règles simples sur les bonnes pratiques de soin*

Un aspect crucial de la démarche juste prescription réside dans la formalisation de règles claires simples et efficaces, qui feront l'objet d'une communication institutionnelle.

En ce qui concerne le médicament, ces règles consistent par exemple en une réévaluation systématique des indications des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), médicament utilisé en post chirurgie digestive, ainsi que la substitution de la voie orale à la voie intraveineuse dans l'administration du paracétamol.

En ce qui concerne la biologie, ces règles fixent la limitation des bilans systématiques aux urgences pour les radiographies thoraciques et les PCR multiplex. Elles visent également la révision de la pratique des prélèvements biologiques "de contrôle" le jour de la sortie du patient en privilégiant ces prélèvements l'après-midi de la veille de la sortie, ce qui permet de pré-valider la sortie et d'éviter les retards liés à l'attente des résultats le matin même.

En ce qui concerne la radiologie, les recommandations visent à cesser les scanners cérébraux systématiques en cas de confusion.

b) Ces règles sont portées institutionnellement grâce à des supports de communication dédiés et largement diffusés

La démarche juste prescription s'appuie sur la diffusion et le partage des recommandations auprès du corps médical. L'outil communicationnel un des leviers principaux du plan et la stratégie de communication adoptée se veut à la fois ciblée et multiforme. Elle est précise sur les informations à transmettre, qui sont diffusées par différents canaux.

D'une part, de nombreux supports sur les recommandations et bonnes pratiques ont été produits et diffusés au sein des services, ainsi que sur une application dédiée pour les internes. La digitalisation du livret médicament de l'établissement améliore son accessibilité. Ainsi, en ce qui concerne le médicament, la Commission des anti infectieux de l'AP-HP (COMAI) issue de la COMEDIMS est mobilisée pour la diffusion des bonnes pratiques par la diffusion large d'une plaquette de communication et de l'outil d'aide au bon usage des anti-infectieux porté par l'AGEPS. La PUI de Bicêtre a élaboré des fiches de bon usage pour des médicaments spécifiques tels que l'esketamine et le ferinject.

En ce qui concerne la biologie, la diffusion des recommandations par les effecteurs locaux et le Comité biologie passe par la production de fiches : « ce qui ne doit pas être prescrit » par pathologie, de fiches indiquant les délais entre deux prescriptions d'un même examen, et d'une plaquette rappelant les recommandations de demande d'examen de radiologie au SAU.

D'autre part, une transmission directe de cette information est assurée par des formations spécifiques organisées par les médecins seniors, notamment à destination des internes. Par ailleurs cette animation peut être renforcée dans certains grâce à l'engagement de professionnels - comme la cheffe de service de médecine interne de l'Hôpital Cochin.

Enfin, ces supports sont complétés par l'organisation de staffs réguliers, permettant des échanges directs et des mises à jour fréquentes des connaissances.

2.2.2 Le plan vise une meilleure accessibilité d'outils d'aide à la décision pour les prescripteurs

Une grande partie des actions consiste en la diffusion de bonnes pratiques auprès des prescripteurs en mobilisant des outils d'aide à la décision, qu'il s'agisse d'outils externes dont l'accessibilité est renforcée, ou des outils construits en interne.

a) Le plan renforce la diffusion d'outils d'aide à la décision innovants

De nombreux outils d'aide à la décision médicale existent, mais leur diffusion au sein des établissements est inégale. Un des leviers du plan juste prescription consiste à étendre cet accès.

Le Comité imagerie a initié une action visant à mieux faire connaître aux juniors l'outil d'aide à la décision de radiologie et d'imagerie médicale l'ADERIM, en intégrant une présentation de cet outil à la politique d'accueil des juniors, et garantissant à chacun son accès. L'ADERIM est constitué d'un référentiel de bonnes pratiques, disponible en ligne et mobilisable par tous les professionnels dans leur pratique. Il est mis à jour régulièrement, afin de s'assurer de l'actualité des bases de recommandations. Ce guide est édité par la société française de radiologie (SFR).

b) La démarche juste prescription est également portée par une stratégie numérique et le déploiement d'outils innovants

Les nouveaux logiciels en cours de déploiement à l'AP-HP pourraient apporter des bénéfices significatifs pour améliorer la pertinence des soins.

En ce qui concerne les prescriptions de médicaments, le logiciel Pharmaclass est déployé au sein de la PUI de Bicêtre (site pilote au sein de l'AP-HP). Ce logiciel utilise l'intelligence artificielle afin d'apporter un appui aux pharmaciens cliniciens pour sécuriser la prise en charge thérapeutique et médicamenteuse et limiter les risques d'événements iatrogènes médicamenteux, en alertant les professionnels en direct sur les situations à risque grâce à des algorithmes nourris par les données du DPI. Le logiciel Pharmaclass dispose de plus de 50 algorithmes de détection déjà programmés et fondés sur le principe de pertinence clinique. Il offre en outre la possibilité d'implémenter de nouvelles règles de détection. La cheffe de service de la PUI de Bicêtre a indiqué que cet outil aurait une très forte plus-value en termes d'adaptation de la posologie et d'interactions médicamenteuses.

2.3 Le déploiement du plan au sein du GHU Paris Saclay repose sur la sélection concertée du catalogue d'action proposé aux services et un accompagnement resserré de ceux-ci pour leur mise en oeuvre

2.3.1 Le GHU Saclay s'est doté d'un catalogue d'actions pour le plan 2024 – 2025, à partir duquel chaque service sélectionne une action à déployer sur l'année

Les plans d'action annuels au sein des GHU sont composés des actions transversales-siège, ainsi que des actions sélectionnées par les services à partir d'un catalogue déterminé en amont de manière concertée.

a) La détermination du catalogue d'action pour les années 2024 et 2025 s'est faite de manière concertée

A partir des données et indicateurs produits, et des priorités identifiées à la fois au niveau du siège et par les binômes-référents de chaque thématique, la CLOMEDIMS, et le groupe Développement Durable, un catalogue d'action a été réalisé, et ensuite validé par le COMEX.

Ainsi, les propositions d'actions revêtent un caractère collégial, émanant de différents acteurs et couvrant un spectre large. Le catalogue d'actions a été présenté en CMEL, et à chaque médecin référent de DMU, puis aux services.

b) Les services choisissent l'action à déployer et à inscrire dans leur feuille de route annuelle, pour la réalisation de laquelle ils disposent de l'appui des task -force thématiques

La méthodologie retenue de laisser aux services le soin de sélectionner l'action à déployer annuellement permet une adaptation du plan à leurs contraintes et spécificités.

Parmi les 110 actions choisies par les services sur l'ensemble du GHU, la répartition est la suivante thématique est la suivante.

- Médicaments : 40%. Les actions retenues par les services sur cette thématique concernent en très large majorité la substitution IV/ per os ainsi que la réduction de prescription d'antibiotiques post hospitalisation
- Biologie : 21%. Les actions retenues portent sur un objectif de réduction des redondances en limitant les biologies systématiques. Certains services prévoient de revoir leurs prescriptions pour éviter le multi-cochage automatique et d'engager une revue des prescriptions avec les biologistes

- Soins : 17%. Des services envisagent de réaliser des revues de pertinence de réhospitalisations
- Dispositifs médicaux : 9%. L'action principale sur ce domaine consiste à engager un travail avec la PUI afin d'envisager une réflexion sur l'utilisation de DM re-stérilisables, et une revue des dépenses au bloc avec la PUI
- Sobriété : 7%. Certains services envisagent une réduction des déplacements internationaux pour des congrès
- Imagerie : 5%. Les actions retenues concernent des revues de prescription

Tableau 4 : Extrait du plan d'action annuel du GHU agréant les actions
sélectionnées par les services

DMU	Code et libelle site	Code et libelle service	Catégorie	Action	Qualité des soins	Développement durable
404	028 - ABC	028 - 472 - PHYSIOLOGIE	Dispositifs_médic aux	Optimiser le choix de dispositifs médicaux hors marchés innovants et coûteux utilisés au bloc	*	*
404	010 - BCT	010 - 030 - REANIMATION MEDICALE	Médicament	Augmenter la proportion d'administration par voie IV vers voie orale sur un produit	✓	✓
404	010 - BCT	010 - 030 - REANIMATION MEDICALE	Médicament	Réduire la prescription d'IPP post hospitalisation	*	*
404	010 - BCT	010 - 003 - CARDIOLOGIE	Soins	Réaliser une revue de pertinence des rehospitalisations	✓	✓
404	010 - BCT	010 - 007 - NEPHROLOGIE	Médicament	Faire un audit pour évaluer si le passage de la voie IV vers la voie orale est optimisé	✓	✓
404	11 - BCT	010 - 007 - NEPHROLOGIE	Médicament	Réduire la prescription d'IPP post hospitalisation	✓	✓
404	014 - APR	014 - 025 - REA MEDICO-CHIR	Médicament	Faire un audit pour évaluer si le passage de la voie IV vers la voie orale est optimisé	✓	✓
404	014 - APR	014 - 030 - NEPHRO & DIALYSE	Biologie	Revoir le « modèles » de prescription du service pour stopper les multi-cochage automatique	✓	✓
404	014 - APR	014 - 030 - NEPHRO & DIALYSE	Soins	Réaliser une revue de pertinence au regard d'indicateurs qualité du service	✓	✓
404	014 - APR	014 - 003 - CARDIOLOGIE	Médicament	Réduire la prescription d'IPP post hospitalisation	✓	✓
410	010 - BCT	410 - ORTHO ET PLASTIE	Soins	Réaliser une revue de pertinence sur un épisode de soins (ex: RAAC...)	✓	✓
410	014 - APR	410 - ORTHO ET PLASTIE	Soins	Réaliser une revue de pertinence des rehospitalisations	✓	✓
410	028 - ABC	410 - ORTHO ET PLASTIE	Soins	Réaliser une revue de pertinence des parcours en post hospitalisation	✓	✓
410	068 - RPC	410 - ORTHO ET PLASTIE	Soins	Réaliser une revue de pertinence sur un épisode de soins (ex: RAAC...)	✓	✓
410	068 - RPC	410 - ORTHO ET PLASTIE	Soins	Réaliser une revue de pertinence des rehospitalisations	✓	✓
412	010 - BCT	Service 25 - Département d'Anesthésie Réa-chir	Médicament	Faire un audit pour évaluer si le passage de la voie IV vers la voie orale est optimisé	✓	✓
412	028 - ABC	028 - 091 - REA POLYVALENTE	Médicament	Faire un audit pour évaluer si le passage de la voie IV vers la voie orale est optimisé	✓	✓
412	028 - ABC	028 - 402 - SURVEILLANCE CONTINU	Médicament	Faire un audit pour évaluer si le passage de la voie IV vers la voie orale est optimisé	✓	✓
412	028 - ABC	028 - 401 - ANESTHESIE	Médicament	Améliorer la gestion de stock du service (FIFO, stockage en plein/vide)		✓
412	028 - ABC	028 - 401 - ANESTHESIE	Médicament	Engager une revue des transfusions	✓	
412	068 - RPC	068 - 141 - ANESTHESIE	Médicament	Augmenter la proportion d'administration par voie IV vers voie orale sur un produit	✓	✓
412	010 - BCT	Service 25 - Département d'Anesthésie Réa-chir	Médicament	Faire un audit pour évaluer si le passage de la voie IV vers la voie orale est optimisé	✓	✓

c) *Le plan juste prescription se déploie en synergie avec la démarche « développement durable »*

Par soucis de clarté et de cohérence le plan juste prescription a été présenté comme complémentaire de la démarche développement durable menée par ailleurs. En effet, la multiplication des « plans » pourrait créer un sentiment de submersion qui nuirait à la compréhension des objectifs communs et à l'implication des acteurs.

La démarche développement durable portée par le GHU comporte 5 volets : alimentation, transport, énergie, mobilité et soin. Le plan juste prescription s'inscrit pleinement dans ce volet et certains leviers d'actions sont communs aux deux démarches comme l'objectif la diminution de l'utilisation d'inhibiteurs de pompes à proton (IPP), la

substitution de gaz médicaux (desflurane par du servoflurane) ou encore la suppression de l'usage du proto.

Par ailleurs, l'outil de la PEC (prime d'engagement collectif) a été mobilisé car il permet de favoriser le déploiement de projets nécessitant un engagement continu des services. Pour rappel, la PEC offre aux équipes l'opportunité de soumettre un projet sur des thématiques sélectionnées en amont. Les équipes dont le projet a jugé recevable disposent de 10 mois pour la mettre en place avant évaluation finale et obtention, en fonction de l'atteinte des objectifs, d'une prime de 600€ ou de 250€ par professionnel. Les thématiques de la campagne 2025 sont les suivantes : Amélioration de l'attractivité et fidélisation des professionnels ; Amélioration de l'accueil et de l'accompagnement des patients ; Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et Lutte contre le réchauffement climatique.

La spécificité de la campagne 2025 est qu'elle a proposé, pour la thématique de lutte contre le réchauffement climatique, un modèle-type de PEC qui intègre des actions du plan Juste prescription. Cette PEC préconçue impose la réalisation de 3 actions. Action 1 : formation d'au moins 10% de l'équipe à la formation *Health Fair* (sensibilisation sur l'impact du système de santé sur l'environnement proposée par le siège de l'AP-HP) ; Action 2 : réalisation d'une action identifiée "Juste prescription" ; Action 3 : réalisation d'une autre action du plan Juste Prescription.

Les résultats 2025 de la campagne d'évaluation de la recevabilité des projets indiquent une bonne appropriation des enjeux. La thématique « Lutte contre le changement climatique » concerne 13% des projets (41 sur 318), notamment portés par le DMU santé de la femme et de l'enfant (obstétrique, réanimation néonatale, réanimation pédiatrique) ainsi que par les DMU imagerie, biologie et pharmacie. Les actions choisies concernent la réduction de la consommation et du gaspillage de DM et de médicaments. La PEC préconçue a été utilisée pour 8 projets, ce qui s'explique par le fait que le modèle-type a été finalisé et diffusé tardivement. Toutefois, plus des ¾ des projets PEC sur la thématique lutte contre le changement climatique portent sur le volet soin, là où les projets 2024 étaient davantage orientés vers la réduction de déchets ou de matériel bureautique. Au regard de la part des soins dans les émissions de GES du GHU, les projets retenus en 2025 sont davantage impactant. La PEC préconçue sera diffusée pour la campagne 2026 avec une communication dédiée, ce qui laisse envisager une amélioration de son appropriation par les équipes.

Notons enfin que si l'incitation financière inhérente à la PEC peut constituer un effet d'aubaine car les actions du plan sont à mettre en place par ailleurs, cette démarche permet de renforcer l'ambition portée dans les actions juste prescription et de mobiliser la phase

d'évaluation finale des projets PEC pour analyser la manière dont les actions justes prescriptions sont déployées concrètement (ressources, besoins, temporalité, implication des acteurs, diffusion dans les services, problématiques et points bloquants).

2.3.2 La mise en oeuvre des actions sélectionnées requiert une forte collaboration entre les prescripteurs et les effecteurs

Les services d'imagerie, de biologie, et la pharmacie sont particulièrement mobilisés en tant qu'effecteurs. Leurs leviers d'actions concernent principalement le contrôle des prescriptions et la revue des prescriptions en lien avec les médecins.

- a) *La mise en place de systèmes de contrôle, d'alerte et de blocage permet le gain de ressources, mais doit être complétée par des dispositifs qui agissent en amont de la réalisation des actes*

Depuis 2021, les prescriptions de biologie et de médicament ont été automatisées depuis le système d'information ORBIS, ce qui facilite le travail des prescripteurs. Le blocage des examens biologiques « inutiles » se fait lors de leur transmission au laboratoire via le logiciel GLIMS, grâce à un paramétrage du système d'information Orbis. La plupart du temps, il s'active grâce à des règles de redondance implémentées, et qui se basent sur les recommandations médicales. En effet, certains prélèvements doivent être réalisés selon un intervalle temporel précis pour être pertinents : par exemple, un délai de 7 jours doit espacer deux prélèvements de électrophorèses des protéines et de 48h pour la procalcitonine. L'acte demandé dans un intervalle de temps non conforme à ces règles est automatiquement bloqué.

Le blocage est utile au regard du nombre de redondances causées par des transmissions incomplètes. Il limite la consommation inutile des ressources humaines et matérielles au laboratoire, ce qui améliore sa performance organisationnelle et l'allocation des ressources globales. Toutefois, le gain pour le patient et concernant le temps infirmier est faible car le patient a déjà été prélevé. Cela met en exergue l'importance d'adopter des actions complémentaires qui agissent en amont de la réalisation des actes.

- b) *Le dialogue avec les services et les revues de prescriptions constituent les outils les plus efficaces pour des évolutions durables des pratiques*

Le dialogue entre les prescripteurs et les effecteurs (essentiellement l'imagerie, la biologie, la PUI) est fondamental pour inscrire la démarche juste prescription dans le temps en modifiant durablement les pratiques. La diffusion des tableaux de bord aux services a

permis l'instauration d'un réel dialogue prescripteur – effecteur et l'identification des pistes d'amélioration. Par ailleurs, les revues de prescription font partie des actions les plus choisies par les services cliniques.

Dans le cas de la biologie, ce dialogue a permis d'engager avec certains services un travail sur le contenu des bilans systématiques d'Orbis, qui fonctionnent à partir de « panels » d'analyse par pathologie (multi-cochage automatique). Si l'automatisation facilite le travail des médecins, elle produit des effets contraires au principe de juste prescription. Une programmation plus fine des panels d'Orbis éviterait la réalisation de certains prélèvements jugés non nécessaires par les services cliniques. Cela implique de réaliser une revue des examens nécessaires par types de pathologie et par service et de reprogrammer le logiciel Orbis.

Ce travail est chronophage, mais permet des résultats de long terme. Sur le GHU, les services ayant mis en place cette action sont la médecine interne, la gériatrie, la réanimation et le SAU. L'objectif du chef de service de biologie est d'accompagner les services ayant sélectionné l'action « revue de prescription », ce qui devra s'étaler dans le temps au regard du nombre de services concernés.

Focus sur des coopérations interservices pertinentes

Ces études de cas mettent en évidence deux éléments essentiels de réussite des actions juste prescription : la nécessité d'un dialogue structuré entre les services et l'importance d'outils supports adaptés.

Le projet néphro-cardiologie : une collaboration préventive

Le projet développé entre les services de néphrologie et de cardiologie illustre une approche préventive de la juste prescription, autour de la détection précoce de l'insuffisance rénale aiguë et qui répond à une problématique clinique identifiée. Chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque, l'administration de diurétiques est nécessaire pour éliminer la surcharge rénale et de manière incidente de soulager le cœur. Chez les patients âgés, cette thérapeutique peut produire des complications en augmentant le risque de déshydratation, qui est susceptible de produire une insuffisance rénale aiguë. Face à cette problématique les chefs de services de néphrologie, de cardiologie et de biologie ont créé une règle de surveillance sur Orbis. Ainsi, en cas d'augmentation de la créatininémie (marqueur de la fonction rénale) d'un patient hospitalisé en cardiologie, une alerte est générée sur Orbis avec mail automatique au service de néphrologie, afin d'adapter le traitement et éviter une probable dégradation de l'état du patient. Pour que cette situation

soit repérée, il faut cependant réaliser des prélèvements fréquents, ce qui illustre la complexité des arbitrages inhérents à la juste prescription.

Le projet "sujets âgés" : l'exemple de la conciliation médicamenteuse

1. Le processus de conciliation médicamenteuse

Le thème de la conciliation des traitements médicamenteux constitue un exemple particulièrement riche de coopération interprofessionnelle pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient⁶². Ce processus comporte plusieurs étapes dont la première consiste en la réalisation d'un bilan médicamenteux exhaustif du patient, incluant les traitements avec et sans ordonnance. Pour valider ce bilan, il est nécessaire de recouper au moins trois sources concordantes : émanant par exemple de la famille et proches, du pharmacien d'officine, du médecin traitant ou encore du dossier pharmaceutique. Cela peut impliquer un réel travail d'enquête. Une fois le bilan médicamenteux établi et intégré dans le système Orbis, une analyse de conciliation médicamenteuse est effectuée, qui croise les informations obtenues lors du bilan médicamenteux et l'ordonnance prescrite par le médecin hospitalier. Cette confrontation révèle parfois des divergences intentionnelles c'est-à-dire justifiées par l'état clinique du patient, également non intentionnelles, résultant d'une information incomplète (méconnaissance d'un traitement psychiatrique concomitant, par exemple). Le processus de conciliation médicamenteuse permet de s'assurer que les prescriptions réalisées à l'hôpital sont adéquates aux besoins réels du patient en prenant en compte les anciennes prescriptions. Le gain pour le patient est significatif.

2. L'innovation algorithmique : le projet "Target"

Face à la charge de travail considérable que représenterait une conciliation médicamenteuse systématique, une approche sélective a été développée sur le site de Bicêtre en visant des services pour lesquels cette conciliation a le plus de valeur ajoutée. Les services de chirurgie, d'UGA (unité de gériatrie aigue) et les urgences ont été sélectionnés, pour des patients avec un des critères de fragilité. En effet, les patients d'UGA sont majoritairement polypathologiques avec poly-prescriptions, ce qui augmente le risque de mauvaises interactions médicamenteuses. Par ailleurs, nombre de patients venant du SAU sont adressés par les pompiers ou le SAMU (Service d'aide médicale urgente) et les informations médicales les concernant sont souvent lacunaires.

Sur le logiciel Pharmaclass, les équipes d'UGA et de la pharmacie ont rentré un algorithme qui permet d'identifier les patients des services mentionnés présentant un profil spécifique : âge supérieur à 75 ans, critères de fragilité (poids inférieur à 60 kg, insuffisance rénale ou

⁶² Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

cardiaque) et critères médicamenteux (polymédication ou médicaments inappropriés pour le sujet âgé, comme les anticholinergiques)⁶³. Le logiciel identifie quotidiennement entre 5 et 8 nouveaux patients répondant à ces critères. La PUI place alors un marqueur sur Orbis ("patient à haut risque iatrogénique") et envoie un mail à l'équipe mobile de gériatrie, qui procède à une évaluation gériatrique du patient. La PUI réalise ensuite le bilan médicamenteux, et une RCP est organisée associant PUI, gériatre et cliniciens du service d'hospitalisation, parfois complétée par le médecin traitant pour les patients sortants. Cela permet de réaliser des ordonnances de sortie adaptées. La dernière étape consiste à acter la conciliation à la sortie, c'est-à-dire concrètement organiser un point de suivi avec les acteurs mobilisés.

⁶³ Il faut noter que certains médicaments "inappropriés" peuvent néanmoins présenter un bénéfice clinique dans des situations particulières, comme l'Acupan, nécessitant une évaluation au cas par cas.

3 Les obstacles à la mise en œuvre de la juste prescription renvoient à une triple problématique humaine, organisationnelle et technique, qui peuvent être relevés par un renforcement de la coopération interprofessionnelle dans l'organisation et la délivrance des soins, à tous les niveaux

Trois caractéristiques fondamentales structurent l'objectif de juste prescription qui mettent en exergue les défis auxquels sont confrontés les acteurs de son pilotage et de sa mise en œuvre pour toucher durablement les prescripteurs.

Premièrement, l'acte de soin mobilise des équipes médicales, pharmaceutiques, biologiques et administratives, chacune apportant son expertise spécifique à son niveau. Or la juste prescription implique une coopération et une coordination élevées entre ces acteurs, qui agissent cependant à différents « moments » des parcours de soin, et qui par ailleurs bénéficient rarement de la possibilité d'échanger directement sur les prises en charge.

Deuxièmement, cette démarche requiert un engagement fort et continu dans le temps, dépassant les logiques de projet ponctuel, pour s'inscrire dans une transformation durable des pratiques professionnelles. La continuité de l'effort est un facteur critique de succès, et devient un défi opérationnel majeur dans un contexte de forte rotation des équipes médicales.

Enfin, cette démarche possède un cout d'entrée important du fait de son caractère chronophage – notamment pour les effecteurs- pour concevoir et diffuser des outils facilitateurs à destination des prescripteurs et des services. Ainsi, elle est peu conciliable avec « l'urgence du quotidien » qui favorise l'adoption et la répétition d'automatismes.

Par ailleurs, dans une perspective plus globale, l'enjeu de juste prescription est inséparable de la question de l'organisation des parcours de soin, au regard de l'impact sur les prescriptions du défaut de coopération entre la médecine de ville et l'hôpital. Ce problème outrepassé très largement la sphère hospitalière et en conséquence les leviers d'action dont les établissements disposent.

3.1 Les difficultés de mise en œuvre des actions juste prescription sont d'ordre conceptuels techniques et organisationnels

3.1.1 La compréhension différenciée de l'enjeu et des leviers de la juste prescription limite la bonne appropriation du plan par les acteurs chargés de son déploiement

a) *La notion de « juste prescription » est protéiforme*

L'un des premiers obstacles à l'appropriation de la démarche juste prescription réside dans le caractère variable de son acception en fonction des « prismes » professionnels des acteurs impliqués. Cette variabilité d'interprétation génère des difficultés de coordination et limite l'assimilation commune des objectifs et surtout des leviers d'action envisagés pour les réaliser.

Par exemple, sur le GHU Paris Saclay, l'action sur la réduction d'utilisation du Ferinject⁶⁴ a produit des incompréhensions sur les attendus de la démarche. Pour la PUI, la consommation haussière de Ferinject est pertinente car fondée sur les dernières recommandations scientifiques. La carence en fer pouvant constituer un facteur de risque de morbi-mortalité dans certaines pathologies, notamment l'insuffisance cardiaque⁶⁵, les recommandations préconisent la recherche systématique d'une insuffisance martiale et l'administration de fer intraveineux. Par ailleurs, l'utilisation du Ferinject peut s'inscrire dans une logique « d'épargne péri-opératoire » pour maximiser le potentiel de récupération du patient.⁶⁶ Dans ce contexte il est possible d'estimer que son utilisation participe à soutenir l'état général du patient et pourra d'une part éviter une dégradation *post* opératoire et donc limiter les DMS, et d'autre part contribuer à diminuer le taux de réhospitalisations.

Cependant, d'un point de vue financier et eu égard à son cout unitaire très important, l'utilisation du Fereinject dans un cadre préventif peut être questionnée. Dans une perspective davantage financière, la pertinence de l'acte est envisagée en prenant en considération les ressources disponibles, et les arbitrages sont décidés en fonction des bénéfices réels (et non potentiels) sur le patient. Ainsi, la notion « d'épargne péri opératoire » n'est-elle peut être pas encore suffisamment étayée et objectivée pour justifier l'utilisation pertinente du Ferinject en l'absence d'une pathologie pour laquelle le bénéfice de son utilisation a fait l'objet de preuves probantes. Cet exemple met en exergue l'importance des données scientifiques pour les choix d'allocation des ressources dans un système contraint, et où la notion de pertinence n'est pas étrangère à celle d'efficience.

En outre, cet exemple met en exergue le décalage temporel qui peut exister entre différentes perspectives d'analyse de la pertinence, ce qui rend cette notion difficile à mobiliser.

⁶⁴ Dont la consommation a augmenté de 17% en valeur entre 2022 et 2024

⁶⁵ Pizzanelli, Sarah. « Carence en fer et insuffisance cardiaque : pratiques de dépistage et de prise en charge par les médecins généralistes en Loire Atlantique ». *Médecine humaine et pathologie*. 2024.

⁶⁶ Renard, D., et al. « Traitements de fer : preuves de l'efficacité et bonne pratique clinique », *Rev Med Suisse*, Vol. 7, no. 292, 2011.

Il existe en effet une tension entre la perspective court terme de gestion quotidienne des ressources disponibles et les stratégies de santé de long terme. La consommation de Ferinject a été évaluée par DAF selon un objectif de bonne gestion face au constat d'une très forte augmentation de son utilisation dans divers services, ce qui peut relever d'une forme de systématisation de son recours, et non d'administration au cas par cas. Toutefois, le suivi des dépenses opéré par la DAF ne permet pas de mettre en évidence le rapport cout /avantage sur le long terme. Par ailleurs, le gain financier à adopter des stratégies de long terme est difficile à objectiver car il existe une divergence temporelle entre le cout supporté à l'hôpital à l'instant T et les possibles économies sur le long cours par la réduction des taux de réhospitalisations.

Cette divergence temporelle d'évaluation met en évidence la limite fondamentale des indicateurs de pilotage pour saisir l'étendue des bénéfices attendus d'une démarche juste prescription et des stratégies préventives sur le long terme, du fait notamment de l'extrême complexité à isoler les facteurs explicatifs dans l'évolution des taux de réhospitalisations par exemple.

Ce problème est renforcé par le fait que la notion d'impact est elle-même protéiforme (impact financier, organisationnel, qualitatif, etc). Il est donc important d'adopter une approche globale qui fait varier les perspectives d'analyse (approche cout, approche parcours, approche qualité, approche organisation) et de multiplier les indicateurs de suivi pour analyser l'existant et fixer les objectifs du plan.

b) Le périmètre des actions du plan juste prescription n'est pas forcément bien identifié par tous les acteurs

Le périmètre des « revues des prescription » a également pu susciter certaines incompréhensions. Pour les pharmaciens, la revue de prescription correspond à une démarche codifiée de pharmacie clinique qui comporte plusieurs prérequis et étapes : elle implique nécessairement d'avoir vu le patient, d'avoir réalisé un bilan médicamenteux complet, puis de formuler un avis thérapeutique (déprescription, switch IV/per os) ou de participer à une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Dans le cadre de la démarche juste prescription, la revue des prescriptions entre les effecteurs et les prescripteurs désigne l'analyse *ex post* de la pertinence des prescriptions de patient au regard des données médicales inscrites sur son DPI. Si les deux démarches ont la même finalité, elles n'ont pas les mêmes implications méthodologiques (la deuxième méthode n'impliquant pas d'examen clinique), et ne mobilisent pas les mêmes acteurs (pas de dimension pluridisciplinaire dans le deuxième cas). Le volume de patients pris en charge

au sein du GHU ne permettrait cependant pas de réaliser des revues de prescription exhaustives.

Ces divergences méthodologiques peuvent créer de la confusion auprès des effecteurs quant aux modalités de mise en oeuvre du plan. Les entretiens réalisés auprès des effecteurs ont révélé l'incertitude sur le degré de mobilisation et d'engagement que les actions du plan vont nécessiter de leur part. Cela génère de l'incertitude quant à leur organisation interne.

3.1.2 La démarche juste prescription est difficilement pilotable et évaluable, et son efficacité incertaine

a) Les difficultés de fiabilisation et l'interprétation des données complexifient le suivi et l'évaluation du plan

Le suivi et l'évaluation du plan impliquent de disposer d'indicateurs multiples et solides pour mesurer l'efficacité des actions. Or, malgré les travaux engagés, la pertinence des indicateurs demeure incertaine. En effet, l'évolution du ratio de nombre de prescriptions par séjour peut s'expliquer par de multiples facteurs (le profil social du patient, le type de pathologie, etc) en dehors des pratiques médicales en tant que telles. Par exemple, il existe au sein du GHU Paris Saclay de nombreux CRMR (centres de référence pour les maladies rares) (drépanocytose, maladies endocriniennes). Or ces pathologies impliquent des volumes d'actes plus importants, ce qui rend les comparaisons inter-établissements plus délicates à interpréter.

Toutefois, ces indicateurs demeurent éclairants s'ils sont analysés dans une perspective temporelle en étudiant les évolutions par service d'une année sur l'autre⁶⁷.

b) Par ailleurs, le manque de résultats visibles sur le court terme pourrait nuire à la démarche

L'absence de résultats visibles à court terme peut constituer un frein à la mobilisation continue des équipes.

En effet, les résultats de ce plan ne peuvent s'apprécier que sur le long terme, du fait de la nature même des actions, qui visent des changements durables de pratiques.

D'autre part, les prescriptions augmentent tendanciellement du fait du dynamisme des besoins de santé de la population. Le monitoring de la prescription des PCR à l'hôpital Ambroise Paré illustre cette problématique : malgré un monitoring fin, la mise en place de réunions régulières avec le binôme biologie et l'instauration d'échanges réguliers avec les

⁶⁷ Pour que ces données soient pertinentes, il faut toutefois veiller à ce que le périmètre d'analyse soit constant

chefs de service du SAU, les résultats de l'action sur la réduction des PCR ne sont pas encore perceptibles. Si, en valeur absolue, le volume de PCR utilisé a diminué, il a augmenté en prenant en considération le nombre de passages aux urgences. Malgré une diminution du nombre absolu de PCR, le ratio par passage a augmenté, notamment du fait d'une plus grande lourdeur des patients. Toutefois, cela peut décourager à s'engager dans la démarche.

Tableau 5 : Évolution du nombre de PCR demandés aux SAU d'Ambroise Paré

Année	Nombre de passages aux urgences	Nombre de PCR demandés	Ratio
2023	42 382	3 227	13
2024	40 637	2 709	15

c) Enfin, la déprescription pose des enjeux médicaux majeurs

Les enjeux qualitatifs sous-jacents à la juste prescription sont complexes à appréhender, car la déprescription peut comporter des risques spécifiques.

La question de la déprescription inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) illustre parfaitement cette complexité. Ces médicaments sont prescrits post chirurgie digestive pour éviter les ulcères et hémorragies gastriques chez les patients à haut risque (sous anticoagulants). Si la prescription temporaire d'IPP (8 semaines pour les ulcères) se justifie pleinement, les médecins les prescrivent souvent sans donner de date de fin, générant une utilisation au long cours. Or, de nombreuses études mettent en évidence le risque d'effets indésirables à long terme (infections bactériennes digestives, la malabsorption de vitamine B12, ou des atteintes rénales).⁶⁸ Toutefois, la déprescription de ce médicament peut causer des désagréments physiques (rebond d'acidité gastrique, brûlures digestives), plaçant le patient dans une véritable situation de sevrage. On retrouve cette problématique de sevrage dans le cas des anxiolytiques (type benzodiazépine) avec des effets d'accoutumance majeurs, alors même qu'ils font partie des médicaments les plus prescrits en France.

L'existence de phénomènes de sevrage met en exergue la nécessité d'adopter des stratégies thérapeutiques qui prennent en compte les effets temporels des médicaments.

⁶⁸ Maffei, M., et al. « Effets indésirables des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) », *Rev Med Suisse*, Vol. 3, no. 123, 2007.

La déprescription ne consiste pas seulement dans un arrêt de prescription, mais doit être considérée en elle-même comme un acte thérapeutique.

Recommandation 1 : sensibiliser les professionnels à indiquer clairement les dates de fin de certains thérapeutiques sensibles dans leurs ordonnances de sortie, et à proposer un accompagnement approprié pour l'arrêt des thérapeutiques.

Recommandation 2 : Entamer un travail au niveau du COMEDIMS pour élaborer au niveau de l'AP-HP des plans de déprescription pour des thérapeutiques comportant un fort risque d'effet de sevrage pour le patient. Ces plans décriraient : les signes d'alerte, des modes de conduites recommandés, nécessaires et proscrits, et que ça doit mis sur les ordonnances.

3.2 La démarche juste prescription pose des défis organisationnels majeurs, ce qui implique de renforcer son inscription dans le quotidien des pratiques en mobilisant les acteurs et en favorisant la coopération entre professionnels lors des prises en charge

3.2.1 La mise en œuvre du plan juste prescription est consommatrice en ressources humaines

a) Le déploiement des actions du plan repose fortement sur les effecteurs

Le plan juste prescription mobilise très fortement les effecteurs (laboratoires, PUI et services d'imagerie) à toutes ses phases. Dans les phases initiales de conception du plan et de sélection des grandes thématiques, les effecteurs ont été mobilisés pour l'analyse des pratiques et la construction des indicateurs et outils de suivi.

Face à la charge de travail impliquée, a été décidée une répartition par site des études menées dans les Phases 1 et 2 du plan. Le service de biologie de Bicêtre (commune avec celle de Paul Brousse) a été en charge de la mesure des redondances des examens de biologie, tandis que celui d'Ambroise Paré a conduit l'étude sur les prescriptions de PCR pour les patients suivis au SAU.

Les phases de déploiement des actions du plan les mobilisent également fortement. D'une part, les effecteurs sont chargés de l'actualisation des tableaux de bord. D'autre part, ils participent activement aux dialogues prescripteurs- effecteurs pour identifier des évolutions de pratiques et accompagner les services en leurs proposant grâce aux outils

(indicateurs, aide à la décision, systèmes de blocages, etc), ce qui implique en outre un travail « en chambre » pour la programmation des outils Orbis et Pharmaclass.

Par ailleurs, la méthodologie retenue de libre choix des actions par les services rend les effecteurs dépendant de l'organisation des services cliniques pour réaliser les revues de prescription. Ainsi, la responsabilité du déploiement des actions du plan demeure très concentrée sur un nombre restreint d'acteurs qui sont indispensables pour la réalisation de chacune des actions.

Recommandation 3 : Mettre en place une programmation du déploiement des actions des services pour éviter de saturer les services effecteurs

Recommandation 4 : Adopter une stratégie de mise en œuvre transversale pour certaines priorités institutionnelles consensuelles, en sus des actions portées par les services.

Sur les 110 actions proposées par les services sur le GHU Paris Saclay, le passage de l'IV au per os pour le paracétamol concerne 25 services, donc un peu moins du quart. Or, au regard de son caractère consensuel, elle pourrait être déployée à l'échelle du GHU. La cheffe de service de la PUI de Bicêtre se montre très favorable à cette initiative, qui implique un portage en CMEL. Cette approche répond à trois critères d'efficacité : facilité de mise en œuvre, simplicité du message et capacité à mobiliser l'ensemble des équipes.

b) La juste prescription implique l'engagement constant des médecins seniors

Un des enjeux principaux du plan réside dans le maintien dans le temps des actions juste prescription.

Cet enjeu mobilise fortement les médecins seniors et en particulier les chefs de service pour la diffusion des bonnes pratiques au sein de leurs service. La démarche ne peut fonctionner que s'il existe une adhésion complète du service et un encadrement qui renouvelle régulièrement ses recommandations aux internes et assure leur supervision. En effet, fort du constat que la surprescription est tendanciellement plus élevée auprès des jeunes professionnels, la diffusion des bonnes pratiques auprès des internes est une condition essentielle pour ancrer durablement les actions du plan.

Or, cette condition est complexe à réaliser du fait de la rotation semestrielle des internes, qui implique de systématiser des sessions de formation avec des médecins seniors. Si ces derniers ont été sensibilisés à la démarche lors des présentations du plan en CMEL, ils n'ont pas forcément les moyens de s'engager durablement dans son

application. D'une part, ils ne disposent pas forcément du temps nécessaire à l'engagement dans des sessions de formation récurrentes. D'autre part, le flux de patients ne permet pas toujours la séniorisation des prescriptions.

Recommandation 5 : Organiser une séniorisation des prescriptions qui soit limitée dans le temps (par exemple le premier mois de chaque nouvelle promotion d'interne), afin de concilier les objectifs du plan avec la réalité organisationnelle des équipes

3.2.2 Ainsi il est impératif de renforcer la coordination et l'implication des acteurs

L'analyse des difficultés rencontrées et des initiatives réussies permet d'identifier des leviers d'amélioration pour la mise en œuvre du plan juste prescription.

En ce qui concerne la sphère intrahospitalière, les recommandations s'articulent autour de trois axes : l'intégration renforcée des acteurs, l'équilibre entre approches transversales et actions ciblées et le développement d'outils facilitateurs.

a) Au niveau du pilotage : renforcer les synergies et l'implication des acteurs

Recommandation 6 : Le plan juste prescription devrait être davantage intégré avec la démarche qualité, dont les outils participent à renforcer la pertinence des soins

Tout d'abord, notons que la mise en place de politique de qualité -inscrite à l'article L.6111-2 du CSP- constitue une obligation pour les établissements de santé, qui doivent « mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables graves liés à leurs activités ».

Les nombreux outils de la démarche qualité servent l'objectif de juste prescription. D'une part, la certification menée sous l'égide de la HAS (inscrite à l'article L.6113-3 du CSP) peut servir la pertinence des soins. Le manuel de certification de la HAS intègre en effet la notion d'amélioration et d'évaluation des pratiques professionnelles. Par ailleurs, les outils développés pour assurer la sécurité des soins participent de cet objectif de pertinence des actes. L'accréditation des médecins organisée par la HAS vise à attester que l'équipe respecte les procédures pour maîtriser les risques médicaux de leurs actes. Le système d'alerte et de déclaration des événements indésirables liés au soin (issu du décret du 25 novembre 2016) via le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables, participe de l'amélioration des pratiques en enjoignant les professionnels à la réflexion, à l'évaluation et à la prise de recul vis-à-vis de leurs pratiques professionnelles. Enfin, la HAS produit des indicateurs de qualité des soins publiés sur SCOPE Santé, et qui

donnent des indications sur le bon usage des antibiotiques ou sur la qualité de la lettre de liaison de sortie de l'hôpital par exemple. Par ailleurs, les établissements de santé sont incités financièrement à améliorer ces indicateurs, dès lors que la qualité fait désormais partie des éléments constitutifs des financements hospitaliers, via l'IFAQ (Incitation financière à la Qualité) définie à l'article L.162-23-15 du Code de Santé Publique, et qui est désormais généralisée.

Sur le GHU Paris Saclay, le plan est principalement porté par la DAF, alors que dans d'autres GHU le plan intègre davantage la direction de la qualité. Ces synergies sont particulièrement pertinentes dans la perspective de la certification V2020, pour laquelle les actions « juste prescription » pourraient être valorisées.

D'ailleurs, le référentiel de certification des établissements version 2024 l'encourage témoigne d'une prise en compte toujours plus accrue d'une vision plus globale de la prise en charge du patient.⁶⁹ On remarque une plus grande attention portée à la bonne information du patient, notamment sur le suivi de ses thérapeutiques et de son parcours, ce qui est cohérent avec la nécessité d'adapter les prises en charges au profil des patients (cf. figure ci-dessous, modifications en vert)

Figure 6 - Extrait du manuel de certification version 2024

Critère 1.1-09	Regroupement d'éléments nécessaires au suivi de la prise en charge. Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour sa prise en charge <u>Libellé 2023</u> : Le patient, en prévision de sa sortie est informé : • des éventuelles modifications de son traitement habituel (arrêt, substitution, posologie, etc.) ; • de l'éventuel nouveau traitement prescrit ; • des consignes de suivi ; • de la nécessité de signaler tout effet indésirable lié à son traitement médicamenteux et selon les modalités indiquées. <u>Libellé 2024</u> : Le patient, en prévision de sa sortie reçoit toutes les informations utiles : • les éventuelles modifications de son traitement habituel (arrêt, substitution, posologie, etc.) ; • l'éventuel nouveau traitement prescrit ; • les consignes de suivi, le cas échéant (inclusion dans le dispositif vigilanS, actes techniques et examens complémentaires et la planification des actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières y compris d'ordre médico-social) ; • les consignes postopératoires ou post-thérapeutiques pour détecter les éventuelles complications, signes motivant une consultation, le numéro d'appel en cas de besoin... ; • la nécessité de signaler tout effet indésirable lié à son traitement médicamenteux et selon les modalités indiquées.
------------------------------	---

Ainsi, le plan d'action 2026 devrait être coconstruit entre la DAF et la direction de la qualité, en mettant un fort accent sur la préparation de la certification 2026. Cela permettrait de faire bénéficier à la démarche juste prescription des outils spécifiques mobilisés par la démarche qualité : audits et flash qualité dans les services, etc

Recommandation 7 : Intégrer davantage la Direction des Soins

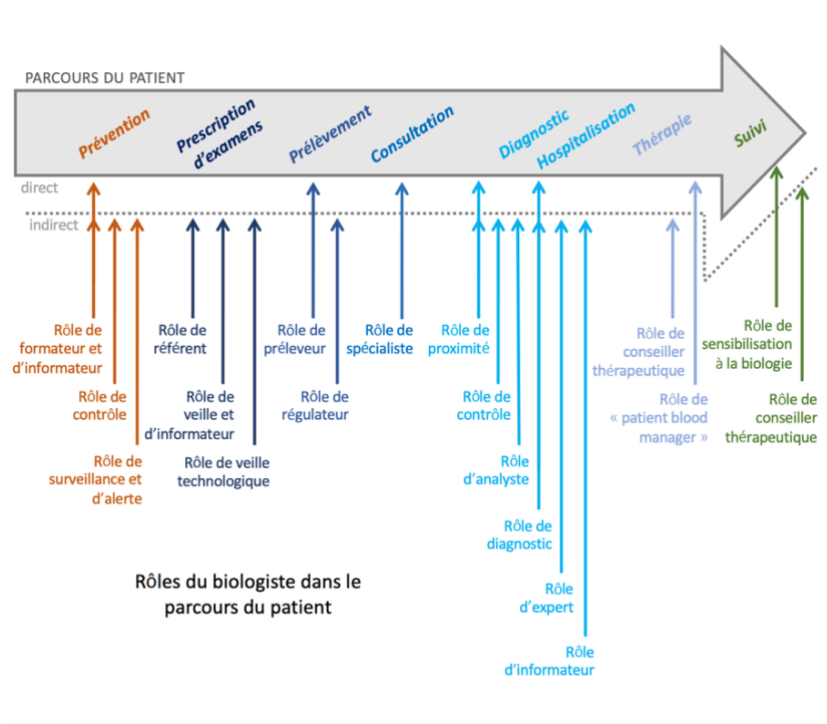
La Direction des Soins pourrait être davantage impliquée, pour intégrer les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) dans la démarche. Ces professionnels pourraient être mobilisés comme référents et relais d'alerte en cas de suspicion de sur-prescription, du fait de leur contact rapproché avec les patients et du rôle qu'ils tiennent auprès des internes pour leur formation pratique quotidienne. Cette intégration s'avère d'autant plus pertinente que les IDE constituent souvent le premier niveau d'alerte concernant les pratiques de prescription et disposent d'une vision longitudinale du séjour du patient.

Ainsi, il faudrait intégrer le Directeur des soins du GHU au COPIL Juste prescription. Une action de sensibilisation et d'information à destination des cadres paramédicaux de DMU, et des cadres de santé devrait être mise en place afin d'en faire des relais au sein des services.

- b) *Au niveau des parcours de soin hospitalier : Renforcer le rôle des biologistes et pharmaciens*

Recommandation 8 : L'interface entre les effecteurs et les prescripteurs est importante pourrait se renforcer pour accroître le rôle des biologistes ou des pharmaciens dans les parcours patients ⁷⁰, ce qui est bénéfique pour inscrire les actions juste prescription durablement.

Figure 7. Rôle du biologiste dans le parcours du patient Source : ANAP



⁷⁰ ANAP, « Renforcer le rôle du biologiste dans le parcours du patient », Fiche outil, 2019.

Le biologiste intervient en tant qu'expert pour définir les protocoles et les chemins cliniques, son action est essentielle pour orienter les décisions médicales. Dans les prises en charges des patients, le biologiste veille sur les bonnes pratiques et les communique aux cliniciens, et définit le cadre de la prescription. Ainsi, leur intégration dans des phases initiales des prises en charge pourrait faciliter la démarche. L'objectif est de renforcer la reconnaissance de leur rôle de conseiller thérapeutique, et de les faire intervenir en amont des prises en charge, comme c'est le cas pour la mise en place de système de surveillance de patients vulnérables dans le cadre du projet mené par la PUI de Bicêtre et le service d'UGA.

3.2.3 Améliorer la diffusion des outils du plan par leur intégration aux pratiques quotidiennes

a) Intégrer les objectifs de juste prescription dans les indicateurs de base du dialogue avec les services et dans la gestion de l'établissement

Le dialogue de gestion est structuré autour des cadres de DMU (administratifs et paramédicaux) et implique de manière croissante les chefs de service. Annuellement, deux conférences de DMU sont organisées, qui sont l'occasion d'une présentation sur les principales données d'activité, les données « RH » et les projets de chaque DMU. Or, il serait souhaitable d'élargir le contenu du dialogue de gestion à des dimensions plus qualitatives, ce qui est d'ailleurs permis par l'introduction récente dans les tableaux de performance par service envoyés par la DAF mensuellement des principales données de consommations de médicaments et d'actes de biologie. La réduction maîtrisée des consommations d'actes et de médicaments relève d'une bonne gestion et mérite d'être valorisée dans ce cadre.

Recommandation 9 : la DAF devrait inscrire durablement la thématique juste prescription dans le dialogue de gestion quotidien

Dans un second temps, ces indicateurs qualité pourraient intégrer la part qualité de l'intéressement des services, nécessitant un travail coordonné entre la DRH, la direction de la qualité et la DAF. L'intégration dans les Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) constitue également une perspective pertinente.

Recommandation 10 : Mobiliser les indicateurs de qualité de prise en charge comme des outils managériaux

b) Le renforcement des outils numériques pourrait améliorer la qualité des prescriptions en levant les limites des systèmes de blocage actuels

Le contrôle et le blocage s'effectuent actuellement au niveau du laboratoire, par le biais du pare-feu GLIMS ou de règles de redondance. Outre le décalage temporel, ce système présente une autre difficulté identifiée par les professionnels : la multiplication des alertes tend à diminuer l'attention qui leur est portée, tout en ralentissant le système informatique. Cette observation souligne l'importance d'intégrer les outils d'aide à la décision dans les logiciels métiers.

Recommandation 11 : intégrer le contenu des logiciels d'aide à la décision ou des systèmes de blocage dans le SI Orbis, pour lever les limites du système actuel. Cette action implique une action de la direction du numérique au niveau de siège, car se pose la question de l'interopérabilité des différents logiciels.

c) Améliorer la diffusion des supports pédagogiques par leur uniformisation et la construction de canaux de communication durables

Tout d'abord, la mutualisation des supports pédagogiques s'avère essentielle. Sur le GHU Centre, grâce à une initiative portée par la cheffe de service de médecine interne de l'Hôpital Cochin, ont été formalisées les "10 règles d'or" destinées aux internes (cf. Annexe). Elles ont été diffusées à l'échelle du DMU puis de l'Hôpital, puis du GHU Centre. De tels outils devraient connaître une diffusion plus large, à l'échelle de l'AP-HP. Par ailleurs, l'organisation des formations auprès des internes devrait être clarifiée.

Recommandation 12 : Diffuser à l'échelle de l'AP-HP différents supports qui ont été produits localement (exemple par le GHU Sorbonne et le GHU Centre) en les intégrant à l'application à destination des internes.

Recommandation 13 : Nommer un référent médical « juste prescription » au sein des DMU qui sera chargé d'organiser des formations spécifiques à destination des internes.

Recommandation 14 : Pour sensibiliser davantage les professionnels aux enjeux de la juste prescription, il serait opportun de diffuser des informations sur le coût des examens et des prescriptions.

3.3 La démarche juste prescription ne peut s'envisager seulement dans le cadre hospitalier et la réussite des actions du plan dépend indirectement d'une amélioration globale de l'organisation des parcours de soin

Dans une perspective plus globale, la limite d'impact des actions juste prescription réside dans la désorganisation des parcours de soin. Pour appréhender cette difficulté, il faut renforcer la démarche de coopération entre la médecine de ville et l'hôpital de manière concrète et opérationnelle.

3.3.1 La démarche juste prescription implique un suivi longitudinal des patients, ce qui relève du rôle de la médecine de ville

a) Les leviers d'actions de la juste prescription concernent surtout la médecine de ville

Les outils déployés dans le cadre du plan visent une meilleure pertinence des prescriptions réalisées lors du séjour hospitalier (système de blocage, revue de pertinence). En ce qui concerne les prescriptions réalisées en ville (souvent inscrites dans les ordonnances de sortie), les outils déployés (conciliation médicamenteuse par exemple) ne sont que partiellement efficaces.

En effet, la pérennité des actions initiées à l'hôpital n'est pas garantie. Le taux de maintien dans le temps des prescriptions modifiées demeure faible, soulignant la nécessité d'assurer une continuité réelle entre la médecine de ville et la prise en charge hospitalière. Le suivi du patient en ville est en effet la mission du médecin traitant. Cette problématique pose la question de l'échelle d'action pertinente pour engager et suivre les démarches juste prescription, l'hôpital étant limité par l'absence de suivi longitudinal des patients. Notons toutefois que les établissements de santé participent de plus en plus au suivi des patients (notamment chroniques) en des parcours d'HDJ dédiés (exemple HDJ de suivi de diabète) et développant l'éducation thérapeutique par exemple.

b) Difficulté du maintien dans le temps des actions juste prescription

Le maintien dans le temps des actions juste prescription a pour condition essentielle une transmission exacte et exhaustive des informations sur le patient. Cette transmission doit se faire de la ville vers l'hôpital et réciproquement.

La transmission des informations sur le patient de l'hôpital vers la ville passe par l'envoi de comptes rendus aux patients et transmis aux médecins traitants. Toutefois, les informations présentes dans les comptes-rendus d'hospitalisation ne retracent pas forcément toutes les données présentes dans le DPI, et ne sont pas toujours exhaustives. En outre, l'absence de médecin traitant chez de nombreux patient fait perdre à ce compte rendu son efficacité, car ne permet pas de créer de continuité dans le parcours du patient. Une étude réalisée dans certains services du GHU, comme la médecine interne de Bicêtre ou la gériatrie aigue de Paul Brousse ont mis en exergue qu'environ 30% des patients n'ont pas de médecin traitant).

Enfin, si la transmission des informations via le Dossier médical partagé (DMP) constitue un levier majeur pour améliorer la continuité dans les parcours, son déploiement n'est pour l'heure pas opérationnel

3.3.2 Ancrer la démarche juste prescription nécessite une amélioration des parcours de soin par un renforcement des coopérations à tous les niveaux

- a) *Il est nécessaire de renforcer des liens avec les CPTS pour mieux organiser les parcours*

Dès lors que les politiques de coordination ville – hôpital sont des leviers très importants pour la démarche juste prescription, il est indispensable de faire interagir les CPTS et les GHU (GHT). Sur le GHU Paris Saclay, une démarche de renforcement des liens et des coopérations avec les CPTS du secteur a récemment été engagée. Cette démarche est l'occasion d'y inscrire l'enjeu juste prescription.

Tout d'abord, le renforcement des liens entre l'hôpital et les professionnels de ville pour l'adressage des patients permettrait une amélioration de leur suivi et donc de limiter potentiellement le recours à l'hospitalisation en phase aiguë ou aux urgences. Dès lors que les politiques de coordination ville – hôpital sont des leviers très importants pour la démarche juste prescription, il est indispensable de faire interagir les CPTS et les GHU (GHT). Sur le GHU Paris Saclay, une démarche de renforcement des liens et des coopérations avec les CPTS du secteur a récemment été engagée. Cette démarche est l'occasion d'y inscrire l'enjeu juste prescription.

Cela implique tout d'abord de faciliter la prise de contact entre les professionnels. De nombreux établissements ont facilité les contacts entre professionnels de ville et hospitaliers grâce à des annuaires ou numéros uniques par spécialité. Toutefois, la diversité des acteurs rend encore difficile l'identification du bon interlocuteur. La création d'un « guichet unique » permettrait de coordonner les échanges, fournir les renseignements nécessaires et faciliter l'admission des patients dans les services.

Recommandation 14 : Simplifier les échanges entre professionnels libéraux et l'hôpital, en désignant un interlocuteur institutionnel identifié.

Ensuite, le partage d'informations sur le patient, notamment aux moments charnières d'entrée et de sortie d'hospitalisation, pourrait être renforcé en mettant en place de réels protocoles d'entrée et de sortie d'hospitalisation.

Recommandation 15 : Adopter des protocoles d'entrée et de sortie entre les professionnels de ville et hospitaliers pour certaines spécialités.

Sur le GHU Paris Saclay, un protocole a été mis en place entre deux CPTS du 94 et le service de gériatrie de Paul Brousse, qui a permis d'améliorer les entrées et des sorties d'hospitalisation (standardisation des courriers, transmission des informations entre équipes paramédical etc.). Ils permettent aux patients de déclarer, en plus d'un médecin traitant, leur pharmacie référente et/ ou leur infirmier libéral référent auxquels seront communiqués les traitements et l'organisation à la sortie d'hospitalisation. Ce dispositif pourrait être étendu à certaines spécialités et/ou parcours de patients (santé mentale, diabète, etc.) pour lesquels le partage d'informations est particulièrement crucial pour le suivi.

Enfin, l'hôpital peut participer au déploiement de projets portés par la médecine de ville qui visent à renforcer le suivi des patients pour leur pathologies chroniques. Par exemple, sur le GHU Paris Saclay, des IPA (infirmières en pratique avancée) exerçant dans des CPTS pour le suivi des insuffisances cardiaques sont formées par le service de cardiologie de Bicêtre. Ces initiatives participent à la juste prescription, car l'amélioration du suivi des patients est une garantie de l'adéquation de leur thérapeutique à leurs besoins

b) Les outils numériques doivent être renforcés pour améliorer les échanges entre professionnels internes et externes à l'hôpital

La multiplicité des systèmes d'information et la diversité de leurs usages sont de réels freins à la continuité des parcours. Or, dès lors que l'hôpital dispose de ressources plus importantes au niveau territorial pour investir dans les solutions technologiques, il a une responsabilité pour engager une dynamique afin d'optimiser le partage d'information.

Plusieurs actions peuvent être renforcées, comme la systématisation des envois de documents de santé produits par le DPI par MSSanté vers les correspondants de santé, et vers le patient, via la fonction PFI. Par ailleurs, le DPI pourrait être amélioré afin de faciliter la consultation de l'information disponible dans le DMP du patient depuis le DPI et parallèlement l'intégration dans le DPI des documents de santé reçus par MSSanté via la fonction PFI.

Conclusion

Le plan « Juste Prescription » mené par le GHU Paris Saclay met en exergue le fait que les établissements de santé peuvent agir pour favoriser la juste prescription. La démarche requiert l'adoption d'une méthodologie structurée pour répondre à l'exigence de transversalité de pertinence des soins, qui mobilise tous les acteurs participant aux prises en charge des patients et à tous les niveaux. Par ailleurs, elle nécessite un engagement constant des professionnels, car relève du quotidien des pratiques.

L'étude de cas a révélé que les actions les plus impactantes reposent sur des objectifs clairs et précis, et s'accompagnent d'outils facilitateurs pour le personnel, et d'un accompagnement continu. Au regard des ressources qu'elle mobilise pour produire des effets notables et surtout durables, la politique de juste prescription mériterait d'être dotée de moyens dédiés, notamment pour soutenir l'engagement des effecteurs (biologistes, pharmaciens, radiologues).

Enfin, la juste prescription ne saurait s'envisager exclusivement dans la sphère intra hospitalière, car le suivi longitudinal des patients est nécessaire pour assurer la pertinence de leur thérapeutique et de leurs prises en charge. Ainsi, renforcer la démarche juste prescription implique un travail à toutes les échelles pour favoriser la coopération entre les professionnels de santé. Cela a été l'objet des réformes récentes du système de santé (GHT, CPTS, DAC, notion de parcours de soin), qui n'ont pas encore permis de répondre à cet enjeu. Un des leviers d'action à renforcer concerne le lien entre médecine de ville et hospitalière, dont l'interface est pour l'heure imparfaite.

Bibliographie

- Textes juridiques

- Code de la Santé Publique
- Loi n°2026-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS)
- Décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015

- Ouvrages

Masquelet, Alain-Charles. *Le raisonnement médical*, Presses Universitaires de France, 2009.

- Rapports

Assurance Maladie. « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026 ». Juillet 2025.

Cazenave-Lacroutz, Alexandre ; Courtejoie, Noémie ; De Champs, Clémentine ; Khaoua, Hamid. "La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024", *Etudes et résultats*, Dress n°1344, Juillet 2025.

Cour des Comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre 6 « La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical », 2016

Cour des Comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », 2020

Deroche, Catherine. Jomier, Bernard. « Hôpital : sortir des urgences », Rapport d'information sénatorial, 2022.

DRESS, "Les dépenses de santé 2023 », *Résultats des comptes de santé*, Rapport de la Dress, 2024.

IGAS, IGF, "Pertinence et efficience des dépenses de radiologie", Rapport, Avril 2025

Marraud, Laurie, Rambaud, Thomas, « Décarboner la Santé pour soigner durablement », *Rapport du Shift Project*, avril 2023

Vanlerenberghe, Jean Marie. "Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre système de santé », Rapport d'information sénatorial, n°667, 2017.

Santé publique France. « Résistance aux antibiotiques . 2019 .

- Presses, Articles spécialisés

Auvray L., Sermet C. « Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux ». Société de Gérontologie. 2002.

Bonthoux, Thomas ; Lereun, Ronan. « Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable », Anap, 2015.

Champion, K. « Evaluation et amélioration des pratiques concernant les perfusions intraveineuses en médecine interne », *The American Journal of Medicine*, vol 126, n°10, Octobre 2012.

Fédération Hospitalière de France (FHF). « La pertinence des acte et examens médicaux », Etude Odoxa, 2017.

Grangier, J., Mikou, M., Roussel, R., Solard, J. « Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015 ». DREES, Études et Résultats, 2017

Hesbeen, Walter. « Pour une éthique du quotidien des soins ». *Cancer(s) et psy(s)* 2014/1 n° 1, 2014. p.173-177.

Keller, Pascal-Henri, « Iatrogénie : une parole en souffrance ? ». *La souffrance de l'être*, Erès, 2014.

Marie-Odile Safon. « Les outils d'amélioration de la pertinence des soins : les enseignements de l'étranger », Centre de documentation de l'Idres, 2018.

Queneau, P., Carpentier, F. « Iatrogénie comme motif de recours aux urgences », Syndicat Français des Médecins Urgentistes, 2007.

Seppänen, Anna Vera ; Zeynep, Or. « Comment améliorer la soutenabilité environnementale du système de santé? » Idres, 2023.

Sites internet consultés

Ministère de la Santé, « Identitovigilance, qu'est ce que c'est ? », Direction Générale de l'offre de soin (DGOS), Fiches thématiques, mise à jour le 27/08/2024.

HAS, « Quelle définition pour la pertinence des soins ? », article disponible sur le site internet de la HAS, mis en ligne en 2013

HAS. « Prévenir l'iatrogénie et améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » Site internet : HAS. Saint-Denis La Plaine (France), consulté le 08/08/2025.

HAS. « Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées ». Note méthodologique, 2017.

Liste des annexes

Annexe I : Liste des personnes interrogées

Annexe II : Plaquettes de communication à destination des internes

Annexe III : Flyer de rappel des règles de prescription

Annexe I. Liste des personnes interrogées

- Lucas TIDADINI, Directeur des Finances, GHU Paris Saclay
- Beryl GODEFROY, Directrice de la qualité, GHU Paris Saclay
- Laurence NIVET, Directrice déléguée auprès du directeur Général, chargée du pilotage du plan "Juste Prescription"
- Pr Adrien BECKER, chef de service de biologie, Hôpital Bicêtre
- Dr Marie FRANK, Directrice de l'information médicale, GHU Paris Saclay
- Pr Anne-Sophie LOT, Directrice de la PUI, Hôpital Ambroise Paré
- Mme Esther COCHARD, Cadre administrative DMU 14
- Mme Anne LESTIENNE, Secrétaire Générale du GHU Paris Saclay
- Mme Laurence RASTOUEIX, Contrôle de gestion
- Dr Anne Camille CHAUMAIS, Directrice de la PUI de Bicêtre
- Mme Françoise Le NOC - contrôle de gestion
- Mr Franck GRANDIN, Directeur de l'équipe de contrôle de gestion

Annexe II : Plaquettes de communication à destination des internes

LES 10 COMMANDEMENTS DU GREEN-DOCTEUR »»

- Tu prescriras moins de médicaments et moins longtemps
Arrêt progressif IPP, BZD, éval. H72 antibio
- Tu arrêteras ce qui peut l'être (et l'écriras sur l'ordonnance de sortie)
- Tu retireras les sondes, perfusions, KT dès que possible
- Tu optimiseras tes prescriptions de transfusion
- Tu lèveras les isollements dès que possible
- Tu limiteras et regrouperas les prélèvements biologiques : moins, moins souvent, pas systématiques
- Tu éviteras de prescrire des examens sans implication thérapeutique
- Tu optimiseras le traitement de sortie
Arrêts précisés sur l'ordonnance, reprise des ttt habituels, pansements prescrits avec l'IDE, pour une courte période)
- Tu favoriseras l'administration orale
- Tu feras des « bons de transport* » seulement si indication médicale et tu favoriseras la téléconsultation quand c'est possible
*Véhicule ou transports en commun

DMU-PROMIIS
Prévention, Médecine interne, infectieuse et sociale

Retrouvez plus d'informations sur le sujet en scannant le QR code

LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE À L'HÔPITAL DU GREEN-DOCTEUR »»

Source : document institutionnel

»» LE BILAN CARBONE DE L'AP-HP

Le bilan carbone de l'AP-HP représente **1 tonne de CO₂e pour 3 jours d'hospitalisation**, essentiellement lié aux soins.

8% des émissions de CO₂ de la France viennent du système de santé

58% des émissions de CO₂ de l'AP-HP viennent des soins

	SOINS	TOTAL (tCO ₂ e)
Gaz médicaux	58%	1 116 310
Médicaments		47 220
Consommables de laboratoire		643 701
Dispositifs médicaux		269 309
Usage unique		127 309
ÉNERGIE	7%	128 325
TRANSPORT	2%	34 049
DÉPLACEMENTS	13%	252 913
ALIMENTATION	3%	61 764
DÉCHETS	1%	18 036
AUTRES	14%	271 126
NUMÉRIQUE	2%	39 147
TOTAL		1 921 671

Emissions de gaz à effet de serre de l'AP-HP par catégorie pour 2022

tCO₂e : Tonne équivalente de dioxyde de carbone – une unité de mesure de l'impact des gaz à effet de serre, exprimée en équivalent CO₂

»» LA JUSTE PRESCRIPTION ET LA DÉPRESCRIPTION

Réduire les examens inutiles dangereux sans impacter la prise en charge du patient

La juste prescription

Le bon traitement ou examen au bon patient et au bon moment

PERTINENCE

La déprescription

Réduire ou arrêter les traitements ou examens inutiles (voire dangereux)

PERTINENCE + SOBRIÉTÉ

9,2 tCO₂e

Par an en moyenne en 2022 pour **1 français**

» **Objectif 2050** : 2 tonnes

1 aller-retour **Paris/New-York**
5 181 km en **voiture**

4 **ordinateurs portables**

138 repas avec du **boeuf**
1 961 repas **végétariens**

2 540 tCO₂e

Pour une tonne de **désflurane** (gaz anesthésique)

DES EXEMPLES CONCRETS »»

- » **Protoxyde d'azote** (Au lit du patient)
1 bonbonne = des soins pour 6 patients
= 1 tonne de CO₂e
Encourager les **prémédications alternatives** (anesthésie locale, Rivotril, hypnose voire Pentrox)
- » **Inhibiteur Pompe à Protons**
Très peu d'indications à les maintenir au long cours (recommandation HAS)
- » **Benzodiazépines**
 - 4 semaines max. pour les troubles du sommeil
 - 12 semaines pour les troubles anxieux (HAS)
 - Arrêt très progressif (10 semaines chez le senior), avec l'aide du médecin traitant
- » **Antibiotiques**
Réévaluation de l'antibiothérapie à **48-72h** et bientôt **3 jours** d'antibiothérapie pour les pneumonies avec bonne évolution clinique
- » **PER OS vs IV**
Exemple du **PARACÉTAMOL** : Même efficacité mais **x 12** pour l'impact CO₂, plastique et temps infirmier supplémentaire
- » **Examens complémentaires**
Les examens complémentaires sont aussi très impactants, donc **les utiliser à bon escient**

Source : document institutionnel

Annexe III : Flyer de rappel des règles de prescription



BIEN PRESCRIRE,

C'EST AUSSI DÉPRESCRIRE ! >>

>> Pour la qualité et la sécurité des soins

Moins de bilans inutiles = moins de rayons et de transfusions

>> Pour décarboner le soin, 1^{er} poste d'émission de CO₂

Moins de plastique, de gaz, de réactifs...

>> Pour l'optimisation des ressources

Meilleur accès au plateau technique, moins de coûts...

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Toute prescription d'examen nécessite une question claire

L'examen sera **fait en externe** s'il prolonge la durée de séjour

Vérifier l'absence de résultat au cours du même séjour/SAU ou en ville
(HbA1c, TSH, sérologie, EPP...)

Eviter les répétitions de suivi trop précoce (CRP ou BNP...)

Décocher les examens inutiles si utilisation de modèle dans Orbis

Réserver la PCR multiplex nasopharyngée pour diagnostic d'infection
respiratoire virale aux **symptômes respiratoires sévères** ou sur **terrain à
risque de décompensation**

LEROUGE	Marine	Octobre 2025
Directeur d'Hôpital Promotion 2024 - 2025		
Mettre en place une démarche de pertinence des soins à l'hôpital : enjeux, leviers et perspectives		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes		
Résumé : La démarche juste prescription répond à un triple enjeu de qualité des prises en charge, de soutenabilité économique et de sobriété environnementale. Elle est donc triplement vertueuse. Dans les faits, elle relève du quotidien des pratiques médicales, raison pour laquelle il est complexe d'en faire l'objet d'une « politique » unique. Ainsi, toute démarche visant à améliorer la juste prescription doit répondre à des impératifs méthodologiques spécifiques reposant sur les principes de transversalité, de consensus et de clarté. L'exemple du plan « Juste Prescription » mené par le GHU Paris Saclay met en exergue le fait que les établissements de santé peuvent agir pour favoriser la juste prescription, en développant des outils facilitateurs pour le personnel et en les accompagnant de manière continue. Toutefois, la juste prescription ne peut s'envisager que dans un cadre global d'organisation des soins et des prises en charges, et de ce fait dépasse largement la sphère hospitalière. Ainsi, cette démarche requiert une coopération renforcée entre médecine de ville et hospitalière pour garantir le partage d'informations sur les patients nécessaires pour assurer une continuité de prise en charge et éviter la sur-prescription.		
Mots clés : Juste prescription ; qualité des soins ; soutenabilité économique ; organisation des soins ; pertinence des soins ; sobriété		
<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>		