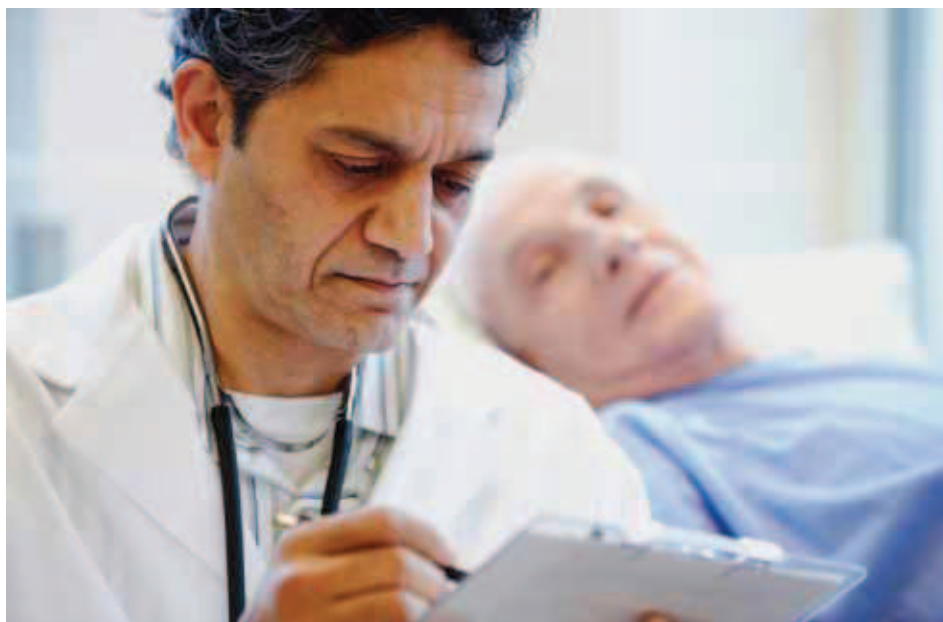


### Excellence clinique

# Place à une médecine plus efficiente (II\*)

Au travers des nombreuses publications d'experts sur les questions de l'excellence clinique, des processus d'évaluation et de standardisation, il ressort les considérations suivantes qui méritent d'être discutées et évaluées. – Par Olivier Girardin

- La pratique médicale est encore trop fragmentée – les soignants, les pluriprofessionnels de santé ont pris l'habitude de travailler en équipe. Les médecins ont moins cette culture. En outre, beaucoup d'hôpitaux et cliniques travaillent avec des praticiens libéraux. Pour ne pas froisser ces médecins, au risque de perdre la patientèle qu'ils amènent, les établissements hésitent à les prier de s'insérer dans des équipes et à adopter de nouveaux processus;
- La communauté médicale peine à adopter les meilleures pratiques. Prenez l'exemple des injections intraveineuses (IV). Aux USA par exemple, près de 28 000 personnes décèdent chaque année d'une infection IV. Voici quelques années, le Professeur Peter Provonost (John Hopkins) édita une simple check-list en 5 points qui s'est révélée très efficace pour prévenir ces incidents. Or, une majorité de médecins continue à se fier uniquement à leur jugement plutôt que d'appliquer également cette check-list. Dans l'industrie aérienne, le non-respect d'une check-list peut être synonyme de licenciement. Pas dans nos hôpitaux!
- Les médecins assimilent souvent la notion de standardisation à une menace de leur liberté d'exercer la médecine par jugement individuel et créativité, voire à une mesure visant au rationnement des soins ou du moins à une dépersonnalisation des pratiques;
- Les établissements sanitaires en Suisse ne disposent pas d'une forte culture de l'évaluation. Saluons au passage la démarche adoptée par le Groupe Hirslanden<sup>1</sup> qui publie sa performance clinique. Ce type de démarche n'est pas sans rap-



**L'introduction de check-lists fait partie des cinq pratiques de base.**

- peler que trois étapes ont permis à d'autres industries de se transformer (Dr Donald Berwick)<sup>2</sup> – une standardisation sage, des mesures pertinentes ainsi qu'un reporting permettant aux acteurs d'évaluer et d'améliorer les pratiques (feedback loops that fosters learning);
  - Les connaissances médicales changent complètement tous les 7–8 ans. Chaque année, des dizaines de milliers d'articles, d'études cliniques, de nouveaux traitements sont proposés à la communauté médicale, supposée pouvoir les synthétiser et les intégrer dans ses pratiques. Ceci est impossible et illusoire. Ce point à lui seul plaide pour une approche en réseau et une pratique de la médecine qui soit standardisée;
  - La tentation est grande de déduire de ce qui précède que la responsabilité première des maux évoqués incombe aux médecins. Ce serait faire fi de la cause la plus importante qui est celle du fonctionnement de notre système de santé. Plus que tout autre facteur, nos systèmes conditionnent le fonctionnement de notre médecine. La formation, la culture, les structures et leur complexité, les incitatifs : autant d'éléments qui, s'ils n'évoluent pas, freineront les adaptations nécessaires.
- Mais revenons aux médecins. Qu'ils soient rassurés. L'évolution très rapide des savoirs et des technologies permet certes de constamment améliorer la qualité des prises en charge médicales. Malgré ces pro-

grès, il sera toujours difficile de prendre en charge des patients souffrant de polymorbidités complexes. L'intuition médicale restera alors le meilleur guide ou outil à disposition des praticiens.

### Cinq pratiques de base

Ces constats devraient inciter les directions des réseaux et établissements sanitaires à s'engager encore plus activement pour atteindre l'excellence clinique. Ceci à l'instar de l'initiative « Best Practices for Better Care » prise en juin 2011 par 230 hôpitaux de référence aux USA. Ceux-ci se sont engagés à mettre en place très rapidement cinq pratiques de base :

- Enseigner aux jeunes médecins l'importance de la qualité et de la sécurité des patients;
- Assurer plus de sécurité en chirurgie en introduisant des check-lists;
- Réduire les infections IV en adoptant des protocoles démontrés;
- Réduire les taux de réadmissions des patients à risques élevés;
- Rechercher, évaluer et partager de nouvelles pratiques médicales.

Si l'on aborde cette problématique sous un angle plus national et macroscopique, on doit constater que malgré l'introduction des SwissDRG, les coûts de la santé sont appelés à continuer à fortement croître sur une trajectoire non maîtrisée. Or cette trajectoire pourrait être infléchiée et maîtrisée par une meilleure qualité des soins. Ceci réduirait notamment les trop fortes variations cliniques observées dans les traitements, tout en diminuant les grands gaspillages. Il est bon de rappeler à ce stade que l'introduction des SwissDRG correspond à un changement de paradigme. Celui du transfert des payeurs aux producteurs des risques liés aux coûts de production. Les établissements sanitaires ont donc un intérêt évident à améliorer de manière continue la qualité de leurs prestations.

### Logique médicale et entrepreneuriale

En outre, souvenons-nous que dans le cadre du choix de portefeuille de prestations, les autorités cantonales mais aussi les conseils d'administration devront choisir entre deux logiques : une logique médicale (sécurité des patients, qualité des soins, atteinte de masses critiques) et entrepreneuriale (finances) d'une part, une logique politique

(cantonale /régionale voire nationale pour la médecine hyperspécialisée) d'autre part ou une combinaison de ces logiques. Toutefois, seules les prestations respectant une logique médicale et entrepreneuriale pourront être financées selon les dispositions de la LAMal.

### Deux réalités pour les médecins

Quant aux médecins, deux réalités vont s'imposer à eux :

- Les hiérarchies s'estompent pour laisser place à l'émergence d'une intelligence collective. Un patient mieux informé et qui participe activement à l'évolution de la médecine par ses apports, un médecin améliorant sa connaissance de la maladie en s'intéressant plus aux points de vue du patient et des soignants : l'alchimie qui permettra une véritable alliance thérapeutique se met en place;
- Disposant d'un accès en temps réel à de l'information pertinente et à des outils diagnostiques, des technologies et des médicaments toujours plus efficaces, les médecins seront plus responsables que par le passé « d'utiliser de manière consciencieuse et judicieuse les meilleures données actuelles de la recherche clinique pour la prise en charge personnalisée de chaque patient » (British Medical Journal 1996).

Les adaptations attendues des différents acteurs permettront de préserver les valeurs fondatrices de notre système de santé : pouvoir fournir une médecine de haute qualité, accessible, équitable et fiable. Nous savons que nous sommes sur le bon chemin le jour où ces acteurs remplaceront la question « comment nous comparons-nous avec les autres ? » par « sommes-nous aussi bon que nous devrions/pourrions l'être ? »

Dans ce contexte changeant, décider dès aujourd'hui de se mettre en route vers l'excellence de l'efficacité clinique se révélera certainement être une grande chance; y penser demain sera très probablement une tragédie ! Nous sommes en effet convaincus que les acteurs de notre système de santé qui ne seront pas proactifs, seront appelés à disparaître à moyen terme, du moins dans leur forme actuelle. Il y a donc urgence à agir. ■

**\* La 1<sup>ère</sup> partie a été publiée dans le précédent numéro de Compétence. Le texte intégral peut être téléchargé sur le site [www.hpartner.com](http://www.hpartner.com)**



**Olivier Girardin**, partner et directeur de la société de conseil Hpartner, Borex ; 022 367 29 33 [olivier.girardin@hpartner.com](mailto:olivier.girardin@hpartner.com)

## «Excellence» mittels fünf Grundpraktiken

In den USA haben sich 230 Referenzspitäler dazu verpflichtet, die «Best Practices for Better Care» anzuwenden. Das sind fünf Grundpraktiken, welche die Qualität und die Patientensicherheit zum Ziel haben. Diese betreffen die Lehre der jungen Ärzte, das Ausarbeiten von Checklisten, das Verwenden von Fehlerprotokollen, um IV-Infektionen zu vermeiden, das Reduzieren der Wiedereintrittsraten, das Evaluieren und Einführen neuer Praktiken. Diese Initiative könnte auch das Schweizer Gesundheitswesen inspirieren, wenn dieses eine erstklassige Medizin behalten will, die im neuen finanziellen, politischen und technologischen Umfeld zugänglich, gerecht und zuverlässig sein soll. ■

*A retenir : un séminaire d'une journée « En route vers l'excellence » avec des représentants de Intermountain Healthcare et du National Health Service aura lieu le 3 mai 2012 à Montreux (traduction simultanée assurée) Détails et inscriptions sur [www.pratique-santé.ch](http://www.pratique-santé.ch).*

### Références

- 1 Rapport qualité 2010/11 – Groupe Hirslanden – annexe à son rapport annuel 2010/11
- 2 Cottage Industry to Postindustrial Care – The Revolution in Health Care Delivery Stephen J. Swensen, M.D., M.M.M., Gregg S. Meyer, M.D., Eugene C. Nelson, D.Sc., M.P.H., Gordon C. Hunt, Jr., M.D., M.B.A., David B. Pryor, M.D., Jed I. Weissberg, M.D., Gary S. Kaplan, M.D., Jennifer Daley, M.D., Gary R. Yates, M.D., Mark R. Chassin, M.D., M.P.P., M.P.H., Brent C. James, M.D., M.Stat., and Donald M. Berwick, M.D., M.P.P.-N Engl J Med 2010; 362: e12 February 4, 2010