

Excellence clinique

Place à une médecine plus efficiente (I)

La médecine « artisanale » a vécu. En réponse aux défis posés par la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et l'évolution de la médecine moderne, un nouveau leadership clinique doit être mis en place rapidement. – Par Olivier Girardin

Après l'âge initial de la médecine « intuitive », puis celui de la médecine empirique, nous sommes en transition vers une ère de médecine plus « scientifique » et personnalisée. Celle-ci s'articule autour de systèmes, processus, technologies, concepts de soins et modèles de financement plus évolués et complexes qui vont révolutionner le secteur de la santé.

Un patient meurt d'une overdose durant une chimiothérapie. Un autre patient se voit amputer une jambe saine. Ces « événements indésirables » continuent à se produire régulièrement en Suisse malgré la mobilisation grandissante des hôpitaux, cliniques et EMS sur le thème de la sécurité des patients (gestion des risques cliniques). Lors du dernier congrès, organisé par la Fondation pour la Sécurité des Patients en novembre 2011, il a notamment été fait mention d'une estimation de 700 à 1700 décès évitables en Suisse chaque année. Quant aux infections nosocomiales, elles se maintiennent à un niveau élevé (7% des patients hospitalisés).

Une réalité encore occultée

Mais un autre problème, tout aussi aigu et complémentaire, défie nos établissements sanitaires: l'excellence clinique, soit la capacité de fournir de façon systématique aux patients les soins les plus adaptés et les meilleurs possibles, ceux-ci au bon moment et par l'équipe médicale la plus appropriée. Autrement dit, d'offrir des soins efficaces, adéquats et économiques (critères dits EAE), ce qui présuppose notamment un travail continu de recherche, de mesure, d'évaluation et de standardisation des pratiques de soins. Or nous devons le constater: nos façons de faire, souvent ar-



Des recherches menées en Europe et aux Etats-Unis démontrent que l'excellence passe par la standardisation des pratiques.

tisanales, ne répondent plus aux besoins et attentes des patients, ni aux possibilités de la médecine et encore moins aux moyens financiers à disposition. Le problème est que cette réalité est encore occultée en Suisse, tant par les politiques que par les médecins, d'autant que nous ne venons de débiter que tout récemment l'introduction d'instruments de mesure de la qualité. La tendance est encore de considérer la qualité clinique comme un fait acquis.

Principes, méthodes et outils

La prise de conscience de cette problématique liée à l'excellence clinique s'accélère.

Des établissements romands tels que les Hôpitaux Universitaires de Genève ou les établissements membres de la Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV) commencent à appliquer les principes de la qualité tels qu'énoncés par W. Edwards Deming.

D'autres groupes hospitaliers, par exemple les Systèmes de santé Alliant (Kentucky) Intermountain Healthcare (Utah)¹, ont commencé ce voyage voici plus de 25 ans avec des résultats remarquables et encourageants dans toutes les spécialités médicales. A titre d'exemple, ce dernier groupe a réussi à la fin des années 80 à abaisser de plus de 30% les coûts liés à sa chirurgie prothétique. Ces dif-

férentes initiatives ont permis de démontrer, à l'instar de nombreuses autres expériences observées dans différentes industries (par ex. automobile), que qualité et coûts représentent en fait les deux côtés d'une même médaille. Malheureusement, cette réalité est trop souvent ignorée.

La nécessité d'une transition d'une médecine fragmentée basée sur l'expertise individuelle vers une pratique médicale en interdisciplinarité, s'appuyant sur une application systématique de protocoles basés sur des évidences, ne relève pas d'un mouvement évangélique. Elle découle de l'application scientifique de méthodes et outils qui ont fait leur preuve depuis les années 1900, période où le Dr Ernest Codmann introduisit en médecine le concept d'amélioration continue de la qualité.

Le raisonnement fondateur de cette transition est relativement simple². Si l'on connaissait – basée sur des évidences scientifiquement démontrées – la meilleure manière de prendre en charge une pathologie donnée, personne ne voudrait que l'on ne traite pas ainsi tous les patients concernés. La réalité est que seule une fraction des patients bénéficie de ces « meilleures prises en charge ».

Un manque de standardisation

Autrement dit, les variations des pratiques médicales sont très grandes³. Et forcément, on ne fournit souvent pas les traitements les plus appropriés. Contrairement à d'autres industries à haut risque (par ex. le transport aérien), le secteur de la santé souffre en particulier d'un manque de « standardisation », avec pour conséquences des problèmes de qualité et de sécurité importants.

Il existe des limites géographiques, politiques, financières, ethniques et culturelles qui doivent être prises en compte. La standardisation préconisée ne veut pas dire que les prises en charge sont identiques partout. Mais la communauté médicale d'une ville, d'une région devrait pouvoir adopter des attitudes, des pratiques, des parcours cliniques identiques pour les principales pathologies, ce qui permettrait déjà de faire de grands progrès en réduisant les variations des prises en charge. Sans oublier que les patients sont de mieux en mieux informés, grâce notamment aux réseaux sociaux, à internet et qu'une exigence accrue et légitime en découle.

Les maux diagnostiqués

Il est utile de rappeler diverses recherches effectuées notamment aux USA et en Europe qui démontrent que nos pratiques cliniques souffrent des maux suivants :

- Les incidents et actes inappropriés restent trop nombreux. Le rapport 2010 précité de l'« Institute of Medicine » aux USA le met en évidence : les soins inutiles et les « sur-utilisations » se sont élevés à USD 210 mia (8% des dépenses 2009). Les complications évitables se sont chiffrées à USD 45 mia ou 2% des dépenses 2009. En Suisse, différentes études ont été réalisées pour notamment mettre en évidence la variabilité géographique de la consommation de soins chirurgicaux. Celles-ci mettent en évidence des taux d'interventions pouvant aller du simple au double, sans motifs acceptables⁴;
- La variation des pratiques, notamment au sein d'un même établissement, reste aussi trop importante – autrement dit, les coûts engagés pour une même pathologie peuvent varier du simple au triple. Nous avons notamment pu l'observer dans le cadre de la réorganisation d'un centre hospitalier en Suisse. Les articles publiés entre autres par le Dr John Wennberg (Dartmouth Institute)⁵ et le Dr Brent James (Intermountain Healthcare) illustrent également de tels cas;
- Les comparaisons de coûts au sein des pays de l'OCDE démontrent de très grandes variations entre fournisseurs de prestations. Nous observons également ce phénomène en Suisse⁶, sans oublier de relever que les comparaisons de coûts avec nos voisins allemands ou français sont nettement et systématiquement en notre défaveur.

Les causes de cet état de fait sont multiples. ■

La 2^e partie sera publiée dans le prochain numéro de Competence. Le texte intégral peut être téléchargé sur le site www.hpartner.com

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



Olivier Girardin, partner et directeur de la société de conseil Hpartner, Borex ;
022 367 29 33, olivier.girardin@hpartner.com

Es ist Zeit für eine effizientere Medizin

Die «handwerkliche» Medizin ist Vergangenheit. Als Antwort auf die Herausforderungen, die sich mit dem KVG und der Entwicklung der modernen Medizin stellen, braucht es eine neue klinische «Leadership». Das meint Olivier Girardin, Direktor der Beratungsfirma Hpartner. Nach der «intuitiven» und der empirischen sind wir nun in der Übergangsphase zu einer wissenschaftlichen und personalisierten Medizin. Diese ist geprägt von komplexen Systemen, Prozessen, Technologien, Pflegekonzepten und Finanzierungsmodellen, die laut Girardin den Gesundheitssektor revolutionieren werden. ■

Références

- ¹ How Intermountain trimmed health care costs through robust quality improvement efforts – Dr Brent C. James and Lucy A. Savitz – Health Affairs 30, No 6 2011
- ² IOM (Institute of Medicine). 2010. The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary. Washington, DC: The National Academies Press
- ³ The healthcare imperative – lowering costs and improving outcomes – Institute of medicine of the national economies – 2010
- ⁴ Voir par exemple Cerboni S., Domenighetti G. Variabilité chirurgicale en Suisse : différences intercantionales observées pour trois interventions. Observatoire Suisse de la Santé 2008, Document de travail n. 23.
- ⁵ An agenda for change – improving quality and curbing healthcare spending – John E. Wennberg, Shannon Brownlee, Elliott S. Fisher, Jonathan S. Skinner and James N. Weinstein, December 2008
- ⁶ Effizienzvergleich zwischen öffentlichen und privaten Spitälern in Bezug auf die Einführung von SwissDRG – Schriftenreihe der SGGP No 111 – Jürg Thöni et Jean-François Andrey 2011