



La démarche qualité en milieu hospitalier

De l'évolution des pratiques médicales à celle de l'organisation hospitalière

L'évolution technologique en médecine est marquée par une accélération de l'innovation avec de véritables révolutions. Accélération de l'innovation en radiologie par l'utilisation des ultrasons, la tomodensitométrie computerisée puis l'imagerie par résonance magnétique. Révolution en chirurgie, par l'essor de la vidéochirurgie liée à la miniaturisation des caméras numériques. L'évolution des pratiques médicales, le fonctionnement administratif des hôpitaux n'a pas toujours suivi ces évolutions, soit par manque de capacité d'adaptation, soit par méconnaissance des conséquences de ces évolutions sur la prise en charge des malades. On sait la difficulté de la démarche qualité en médecine pour des raisons (des prétextes ?) multiples et parfois complexes qui tiennent aux médecins, aux administrations, aux politiques et aux malades potentiels c'est-à-dire aux Français eux-mêmes.

Le constat

Du côté médical, deux des difficultés tiennent à la définition de critères d'analyse pertinents qui doivent être à la fois précoces (mortalité, infections nosocomiales, etc.) et tardifs (guérison à long terme, qualité de vie ou de survie) et à la

nécessité d'une évaluation tant quantitative que qualitative, plus difficile à apprécier, surtout que l'on ne peut dissocier des résultats « objectifs », la composante psychologique des malades. Le secret médical a trop souvent permis de se réfugier dans un anonymat bien confortable oubliant qu'il concerne le malade et non l'activité des médecins. La peur de la mainmise de « l'administration » sur la médecine a fait le reste. Cet ensemble de raisons fait qu'il existe peu de références validées en France et que, pour ceux qui le souhaiteraient réellement, il est difficile voire impossible de s'évaluer sur des critères réellement médicaux.

Les administrations et les tutelles n'ont pas toujours montré une réelle volonté d'évaluer les centres hospitaliers, malgré la loi hospitalière, peut-être découragées d'emblée par les faibles possibilités réglementaires d'adaptation et certainement effrayées par l'ampleur des dysfonctionnements qu'elles risquaient de révéler. Ces dysfonctionnements, traduisant aussi un défaut de management, pouvaient faire remettre en cause l'encadrement et donc les tutelles elles-mêmes. Le risque d'être accusé d'incompétence n'était pas fait pour favoriser les ardeurs en ce domaine. Il était dès lors plus facile d'affirmer l'impossibilité de contrôler l'activité des médecins et de trouver

dans le « pouvoir médical » la source de tous les maux.

Les responsables politiques n'ont pas non plus montré une volonté farouche d'évaluation ou de simple transparence en l'absence souvent de toute proposition alternative aux schémas actuels. Les problèmes de la santé sont des sujets sensibles chez les électeurs et la facilité, réelle, de l'accès aux soins en France ainsi que leur qualité globale ont été des prétextes faciles pour ne pas aborder un domaine aussi polémique. Le rôle de l'hôpital comme « principal employeur » des villes est un leitmotiv classique mais pèse considérablement dans la façon dont les élus abordent le problème de l'hospitalisation en France. La crainte, parfaitement justifiée, de voir remise en cause la raison d'être de certaines structures a sans doute beaucoup fait pour le maintien du *statu quo*, c'est-à-dire l'absence de toute évaluation.

Enfin, il est rare de se préoccuper de ces problèmes avant de devenir « usager », c'est-à-dire malade, d'autant que la place faite aux « consommateurs » dans les décisions concernant les établissements hospitaliers est pour le moins réduite. Il est irréaliste de penser que, malade, on puisse réclamer la mise en œuvre d'une démarche qualité dont les résultats seraient au minimum décalés. La notion

de qualité pour la population est trop souvent synonyme de proximité et ceux qui, de par leur position sociale, pourraient avoir un poids réel pour faire évoluer les mentalités, n'en font rien croyant savoir par qui et où il faut être soigné, habituellement sur la foi de « professeurs » qui en fait, et comme tout le monde, n'ont eux-mêmes aucun critère réel de jugement.

Cette étude a pour but de montrer quelques-unes des conséquences pratiques qui ont été tirées d'une tentative d'amélioration de la qualité hospitalière, à partir d'un établissement en restructuration obligé de réfléchir à ses projets, donc à ses pratiques, et d'une spécialité particulièrement marquée par l'innovation, la pathologie digestive.

L'évolution des pratiques : l'exemple de la pathologie digestive

La coelioscopie est une révolution très particulière dans le domaine scientifique, son développement déconcertant s'étant fait avant toute évaluation scientifique alors même que les premières publications faisaient état d'une augmentation du risque pour les malades. Cette propagation quasi immédiate, sans délai entre pays riches et pays pauvres, en moins de trois ans, est due aux progrès des techniques de communication et il devient alors indispensable à tout établissement de réfléchir à sa propre capacité en ce domaine. La coelioscopie confirme que les échanges doivent inclure le son et les images, la logique fait comprendre que les données suivront. La communication doit être dès aujourd'hui une préoccupation majeure des hôpitaux. Enfin, le développement et l'expertise de cette technique se sont faits essentiellement dans des structures privées sous l'œil parfois indifférent, souvent réprobateur des universitaires. On peut se demander si les circuits de décisions ou d'investissements dans les structures publiques sont encore adaptés aux exigences du monde moderne. Une cellule recherche et développement du modèle de l'industrie, probablement

adaptée, doit faire partie d'un centre hospitalier universitaire moderne.

Quoiqu'il en soit la vidéo-chirurgie a depuis confirmé tout l'intérêt qu'on lui portait à travers notamment les articles de la presse spécialisée médicale ou administrative. On y trouve un nombre d'allégations parfaitement fausses qui traduisent probablement les difficultés d'appréhension de ce qu'est réellement la pratique médicale. Dire que, avec la coelioscopie, *les risques sont diminués* est très surprenant alors que les accidents per-opératoires peuvent être plus fréquents et que le risque infectieux, lié à la décontamination du matériel qui, pour partie, ne passe pas à l'autoclave est un réel problème. Il amène à méconnaître les indispensables adaptations des procédures en ce domaine par exemple l'application d'autres techniques de stérilisation que le « trempage » pourtant encore en cours dans la plupart des établissements français.

Affirmer que la *vidéo-chirurgie coûte moins cher parce que la durée d'hospitalisation est raccourcie*, parce que l'hospitalisation de certaines pathologies peut être réduite et la reprise de travail plus précoce, est un non-sens pour les hôpitaux à dotation globale mais peut être vrai pour la collectivité. Le problème reste pour les premiers, le triple surcoût dans le système actuel : instrumentation et équipement plus chers, durée d'occupation des blocs allongée et augmentation du nombre de malades opérables dans le même nombre de lits. De fait, les durées d'hospitalisation peuvent être allongées, l'amortissement dépend du nombre d'interventions faites, la durée de l'intervention dépend de l'expérience. La connaissance précise des activités médicales est devenue indispensable pour une gestion économique des ressources.

On peut aussi lire dans des revues dédiées à l'architecture et l'aménagement des hôpitaux, à propos de la coelioscopie : les ressources « bloc opératoire » sont minimisées, la chirurgie mini-invasive permet une anesthésie légère, le bloc mini-invasif est « connecté » à l'ambulatorio et au bloc traditionnel. L'erreur porte d'une part sur la confusion mini-

accès — mini-invasif et d'autre part l'association vidéo-chirurgie — anesthésie légère. L'extension actuelle des indications de la coelioscopie, en France et aux États-Unis d'Amérique notamment pour la chirurgie colique, rend obsolète la notion de blocs mini-invasifs sauf à multiplier inutilement matériel et locaux. Les plateaux techniques doivent être regroupés pour être efficaces, et, pour leur conception ou leur réaménagement, le mode d'anesthésie et les circuits d'hospitalisation sont plus importants à considérer que les actes qui s'y déroulent.

Une autre évolution majeure concerne certains gestes interventionnels, classiquement chirurgicaux, actuellement effectués par les médecins, radiologues ou endoscopistes. Globalement ils entraînent une moindre agression et une diminution de la durée d'hospitalisation. De même, le traitement des cancers digestifs, s'il reste chirurgical, fait de plus en plus appel aux protocoles associant radio et chimiothérapie pré ou postopératoire. Ces évolutions suggèrent que : il est impossible de prévoir des locaux adaptés en l'absence de projets communs et d'analyse des capacités techniques matérielles et humaines disponibles, en pathologie digestive, il n'y a pas de projet médical cohérent isolé entre médecins, radiologues, chirurgiens, etc. Il y avait trop de lits d'hospitalisation notamment en médecine, il y en aura demain beaucoup trop.

Les conséquences : l'évolution de l'organisation hospitalière à l'IMM

À partir de ces considérations, quatre grands domaines doivent être repensés.

La formation médicale continue est devenue une impérative nécessité parce que les innovations sont de plus en plus rapides. La communication et la formation classique (revues, congrès, compagnonnage, etc.) persisteront mais le traitement des malades nécessite des échanges plus fréquents entre les médecins au sein de l'équipe, de l'établissement et avec l'extérieur (expertise, enseignement, transfert de documents

médicaux). En pathologie digestive, on voit bien l'intérêt d'une connexion en temps réel permettant, au vu des images, de discuter en commun d'un diagnostic ou, ce qui est plus important, d'un geste thérapeutique éventuel. Cela est aussi vrai pour le radiologue qui, avant de poursuivre un examen, ou de réaliser un geste interventionnel, pourra souhaiter prendre l'avis des cliniciens concernés devant les premières images obtenues. Le déplacement des hommes n'est plus justifié, et pas rentable, pour toutes ces circonstances et le câblage numérique (VDI) de l'hôpital est apparu indispensable avec du matériel et une cellule adaptés à la communication vers l'extérieur.

La prise de décision thérapeutique. Jusqu'à récemment, la prise de décision thérapeutique, plus ou moins facile, était habituellement simple dans sa procédure.

Le thérapeute choisissait le geste adapté pour le patient parmi ceux qu'il maîtrisait. Le développement d'actes alternatifs oblige à se poser la question de la pertinence de ses choix. L'exemple du traitement de la lithiase biliaire est particulièrement parlant puisque l'on peut proposer : une chirurgie ouverte ou coelioscopique, un geste interventionnel endoscopique, radiologique, chirurgical percutané ou à travers un drainage, une lithotritie percutanée, des médicaments dissolvants... ou rien ! Est-il possible de choisir entre plusieurs techniques quand on n'en maîtrise que quelques-unes, d'autant que la rapidité des innovations obligerait à une mise à jour dans les différentes spécialités. Il devient donc nécessaire de partager les décisions thérapeutiques entre ceux qui les réalisent. Le cloisonnement de l'hôpital en services (chirurgie digestive, gastro-entérologie, endoscopie) devient un handicap et ceux-ci doivent disparaître au profit d'un département de pathologie d'organe, ici la pathologie digestive. À cette occasion, l'excédent des lits de médecine est réglé puisqu'ils sont intégrés dans le département. Ce regroupement des cliniciens impose une nouvelle répartition des tâches pour « rentabiliser » les praticiens et les spécialistes (par exemple : la visite des patients hospitalisés doit-

elle continuer à dépendre de chaque praticien ?).

L'organisation des plateaux techniques. L'exemple du bloc opératoire est le plus démonstratif. Les « opérateurs » n'étant plus les seuls chirurgiens — qu'est-ce qu'un chirurgien ? — le plateau technique interventionnel doit être remanié car il appartient à tous les opérateurs. Le « bloc » doit aujourd'hui gérer les demandes de pratiquement toutes les spécialités ; l'anesthésiste en est le dénominateur commun. Cette notion, associée à la pénurie médicale dans cette spécialité, justifie un regroupement des locaux et la nomination d'un anesthésiste comme coordonnateur-responsable.

D'autres services, dont le rôle essentiel est de mettre à la disposition des cliniciens une compétence et un plateau technique propre, ont également un rôle spécifique. Les praticiens hospitaliers appartiennent ainsi à un département clinique regroupé par pathologie (médioco-chirurgical si besoin) ou à un département médioco-technique : anatomopathologie, laboratoire, pharmacie, bloc opératoire, imagerie médicale, réanimation.

Limites et avenir de l'évaluation

Les conséquences sur l'organigramme : la dotation budgétaire définie par l'activité impose une stratégie qui dépasse chaque équipe. Les interrelations entre spécialités, les économies de personnel et la lourdeur des investissements matériels nécessitent d'optimiser leur utilisation. Cependant, peu nombreux sont les médecins hospitaliers qui se rappellent appartenir à une institution et, à ce titre, avoir des comptes à rendre, préférant souvent organiser « leur » service comme une PME autonome. Les choix médicaux retentissent lourdement sur la répartition des ressources de chaque équipe : le projet médical et les investissements dépendent aussi de la politique d'établissement d'où la nécessité d'un coordinateur « extérieur ». Il faut une direction des prestations hospitalières.

Malgré cette volonté de réfléchir sur les structures et les procédures, certains

problèmes n'ont pas trouvé de solution en l'absence d'un cadre réglementaire. Citons la faible prise en compte des missions administratives dans la charge de travail et surtout la formation des chefs de services, les missions d'enseignement et de recherche réservées aux seuls CHU, le rôle et les filières des structures d'hospitalisation en France, etc. La nomination par la même instance, le ministre, du directeur et des chefs de service n'est pas faite pour faciliter la gestion des hôpitaux.

Le but à atteindre est celui d'une prise en charge optimale des malades par une médecine la plus sobre possible. Il faut donc imposer l'évaluation — médicale, hôtelière, financière — pour analyser les pratiques et maîtriser leur évolution. Cette démarche en elle-même, améliore la prise en charge des patients et permet une meilleure prise en charge financière. On pourrait ainsi redéployer les efforts financiers sur des critères plus objectifs, l'exemple de l'ambulatorio en est un parmi d'autres.

La politique de maîtrise des coûts par régulation de l'offre a échoué ; une politique d'amélioration de la qualité par l'évaluation devrait être plus efficace ; en cas d'échec, seule une politique de financement en coût par pathologie amènera à associer maîtrise financière et qualité des soins. ■

Pr Brice Gayet

Université Paris VI
IMM, 6 place de Port-au-Prince,
75013 Paris