

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 22 novembre 2022

Systeme de sante et qualite : on continue comme avant ?

Prof. Pierre Chopard

Le professeur s'est formé à Montréal en santé publique, avant de prendre la responsabilité du service Qualité des Soins. Il est, avant tout, médecin interne, ce qui lui donne un angle de vue essentiel par rapport aux patients et à la qualité des soins et est doté de nombreuses qualités.... Il nous fait à présent sa leçon d'adieu.

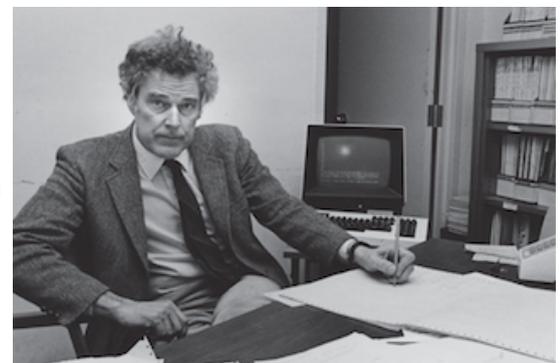
1973, premier choc pétrolier, l'orateur patine alors sur l'autoroute...

Autre choc, la variation du nombre de tonsillectomie par 10'000 habitants dans l'État du Vermont. Allant de 450 à Morrisville à 50 à Middlebury...

La variation de pratique est-elle due à des problèmes cliniques, les enfants sont-ils plus malades à Morrisville? où est-ce un problème d'accès aux soins, avec moins d'ORL à Middlebury?

J. Wennberg utilise un des premiers ordinateurs pour analyser ces données tirées des assurances, avant de publier dans Science: Il pense que cette variation est due à des croyances médicales.

Ses annonces sont mal prises. Il reprend ses chiffres, les corrige et confirme que la variation de pratique n'a pas de cause clinique.



Cette variation se retrouve aujourd'hui dans la prévention des thromboses hospitalières. Une étude menée par l'orateur développe un score qui détermine les patients à risque qui auraient dû bénéficier d'une thromboprophylaxie.

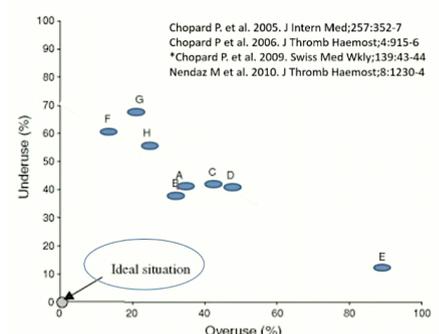
L'étude rassemble 8 hôpitaux. L'un sur-utilise la prévention, 4 sont à l'équilibre et 3 en sous-utilisation.

Jusqu'à ce moment, aucun des hôpitaux ne savait où se trouvait leur pratique.

Après le choc, l'action.

Wallenberg, après avoir montré la variation, cherche à la corriger en contactant les ORL de Morrisville. Ceux-ci mettent à jour leur guidelines, les diffusent, proposent des colloques et même un deuxième avis pour cette indication.

Après deux ans, le nombre d'opérations des amygdales passe à 50/10'000 enfants. A noter que cela n'est pas forcément le taux idéal, juste que les données peuvent modifier la pratique.



Côté thromboprophylaxie, l'intervention est un échec. Dans un groupe d'hôpitaux, le score est diffusé aux internes sous forme de carte plastifiée, dans un autre à travers leurs smartphones Palm, et le troisième groupe sous forme électronique intégrée au dossier patient informatisé.

Ce fut catastrophique dans tous les groupes...L'outil a été diffusé sans réfléchir au contexte dans lequel il va servir. C'est comme ça qu'on apprend...(aussi)

Au niveau international, la variation de la consommation des soins est visible, en Angleterre, en Italie, en France...

En Suisse, la population semble satisfaite de la qualité des soins. Néanmoins, la qualité n'est pas étudiée de manière systématique, ni homogène.

Dans un hôpital romand, 12 % des patients hospitalisés ont un événement indésirable, ce qui reste similaire au taux international. (2008)

[Versorgungsatlas](#) mesure le taux de méniscectomie du genou en Suisse, et démontre des variations de taux suffisamment importantes pour exclure une cause clinique à celles-ci.

C'est également le cas pour le cathétérisme cardiaque sans endoprothèse. Genève, qui est une des villes les mieux fournies, est en bas de liste.

Le mouvement "Smarter medicine - choosing wisely" tente de produire des recommandations de bonne pratique sous l'angle de la sur-utilisation, et chaque discipline établit un top 5 des interventions à éviter.

En médecine interne générale, éviter: dépistage dyslipidémies en prévention primaire, IRM du genou, substitution ferrique, mesure de la vit D et les check-up approfondis. ([détails](#))

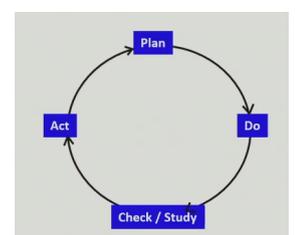
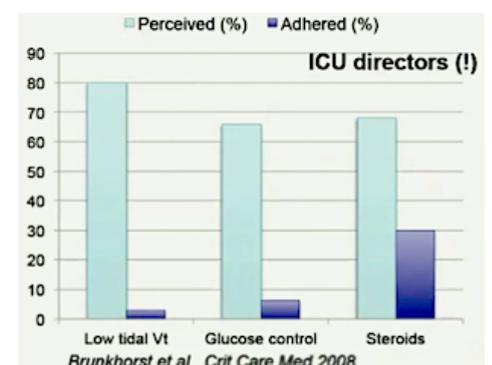
La publication reste insuffisante, puisque même si la plupart annoncent appliquer ses recommandations, il existe toujours un écart entre ce que l'on pense faire et ce que l'on fait vraiment.

C'est d'ailleurs démontré dans une étude aux soins intensifs. Celle-ci questionne les directeurs sur trois pratiques qu'ils pensent appliquées (vert) et compare cela à la réalité (bleu) .

Il faut mettre en place des stratégies d'implémentation...

Celle est arrivée dans le domaine des entreprises en premier, avec Deming qui annonce des étapes incontournables: Planifier → faire → vérifier/étudier → agir → planifier → faire...

Cela peut paraître simpliste mais c'est en réalité très exigeant.



[Del Giorno et al](#) mène une intervention efficace pour diminuer la prescription hospitalière de benzodiazépines chez les personnes âgées, en suivant toutes les prescriptions.

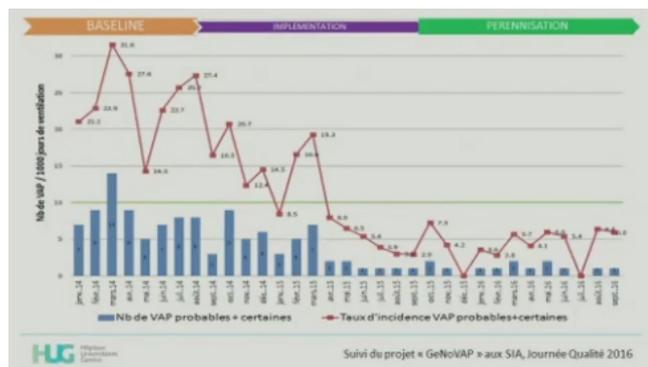
Le problème fréquent en médecine c'est que l'amélioration de la qualité ne fait souvent qu'un seul tour, pour s'arrêter après la publication, et qu'il manque une traduction du projet dans l'organisation.

Responsabilité qui retombe sur le cadre de l'organisation et non le meneur de projet..

Cette traduction a déjà été faite. Le projet GeNoVAP vise à diminuer les pneumopathies associée à la ventilation mécanique.

Le taux de base aux HUGs en 2014 est bien au-dessus de la norme attendue, lorsqu'un indicateur spécifique est mis en place pour suivre ce problème.

Après 6 ans, le projet est maintenant un programme, les taux sont au plus bas, et des millions sont épargnés chaque année.



A son lancement néanmoins, l'équipe relève des commentaires fréquents:

- "5 jours d'hospitalisation, il n'a pas encore fait sa VAP"
- "...pas sûr que ça change grand chose.."
- "est-ce vraiment un problème dans notre service?"
- "Ces mesures de prévention ne sont pas nouvelles et tout le monde les applique"

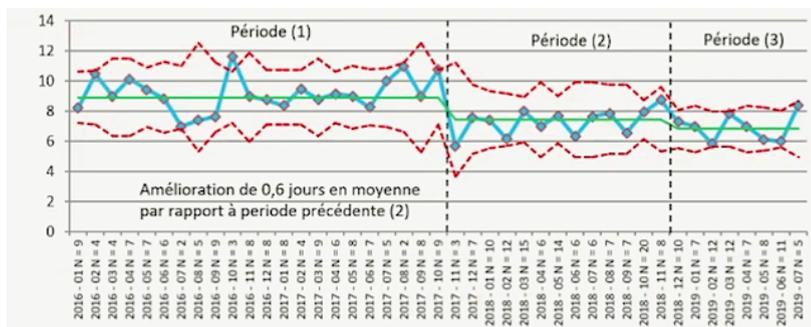
Surprise surprise, seuls 60 % des soignants appliquent ces mesures en 2014.

L'institut de médecine aux Etats-Unis, constate: Un quantité phénoménale d'information médicale est produite chaque jour, mais elle est difficilement intégrée dans la pratique de façon fiable pour tous les patients qui en ont besoin....

Le modèle professionnel d'application des connaissances est très limité, car il repose sur l'apprentissage individuel et l'autonomie. Le modèle organisationnel permet de mettre en place des stratégies, du soutien, un encadrement ainsi que le cercle vertueux de Deming.

Aux HUG, les outils sont adaptés et testés avec les cliniciens: itinéraires cliniques, processus logistiques et administratifs.

Par exemple, le tableau de bord des indicateurs cliniques donne une visualisation des durées de séjour lors de PTH. Cela a permis une meilleure coordination entre tous les acteurs, diminuant la durée de séjour de 2 jours, sans en être l'objectif initial.



Le processus est également devenu moins variable.

Durées moyennes de séjour - destination réadaptation - Janvier 2016 à Juillet 2019

Questionnaires de satisfaction des patient.e.s

Parmi les 27'000 patients qui ont rempli le questionnaire hospitalier ou ambulatoire, 10 000 ont ajouté au moins un commentaire...

Pour les valoriser, ils sont codés et classés entre positif et négatif...57% sont positifs et ceux-ci sont communiqués aux équipes directement.

Les commentaires négatifs concernent généralement l'attitude:

- Une femme venant d'accoucher se fait commenter par une technicienne: "êtes-vous sûre que c'est le votre (de bébé)?"
- Une personne lgbtq+ ayant transitionné (mtf), officiellement comme médicalement, se fait appeler monsieur à maintes reprises par une infirmière, alors qu'elle s'identifie comme une femme.
- Une personne transgenre masculine (ftm) qui vient pour suspicion d'AVC. Après s'être fait appeler madame et avoir vu son traitement de testostérone modifié pour de l'oestrogène, il est reparti malgré ses symptômes car ne s'est pas senti en sécurité.

Pour le premier, cela fut revu par le gestionnaire et son équipe.

Les deux autres ont mis à jour le manque de formation du personnel soignant sur les problématiques lgbtq+, et celle-ci est implémentée dans une stratégie.

Pour pouvoir implémenter la médecine de précision et la médecine personnalisée, il faut connaître à l'avance le parcours du patient. A l'heure actuelle, la fiabilité des processus en place ne permet pas cela.

Il nous faut donc un système de prestation de précision pour pouvoir profiter pleinement de la médecine de précision.

Cette idée est mise en avant ces dernières années:

- [Beyond genes and molecules - a precision delivery initiative for precision medicine](#)
- [Mass customization for population Health](#)

L'industrie nous devance sur ce sujet, en particulier dans le domaine des services, ce qui peut s'avérer inquiétant...Mais en regardant les meilleurs dans le domaine, il est possible de choisir ce qui correspond à notre pratique et de laisser le reste.

Ce développement nécessite de nouvelles professions: officier de qualité, développeur d'intelligence en affaires, data manager en qualité clinique, ingénieurs de processus....

De nombreuses formations sont disponibles aux HUGs, notamment le projet [idéaxion](#), qui stimule la créativité et l'idée de prendre du recul, en partenariat avec le centre d'innovation.

Compte tenu des enjeux, des compétences nécessaires pour offrir une prestation de précision, les centres universitaires ont un rôle important à jouer.

Les premiers centres universitaires aux USA ont tous construit des centres d'intégration des connaissances nécessaires pour fournir des soins personnalisés.

Ils intègrent l'expertise: incluent patients partenaires, soins à domicile, médecins du privé et les "nouvelles professions" susmentionnées.

Il existe un soutien fédéral à la qualité, avec un budget de 43,5mio (→ fin 2024) pour implémenter la qualité des soins, donc bien pour la mise en pratique de programmes nationaux.

L'orateur nous défie de soumettre un projet d'implémentation national ou un projet plus régional de développement de la qualité, à travers des appels d'offres (fin février et fin août de l'année prochaine).

Emu, notre orateur prend le temps de remercier toutes les personnes dans son service et qui ont marché à ses côtés.



Compte-rendu de Valentine Borcic

valentine.borcic@gmail.com

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch