
Dr Michael TERRY (GB)

29/08/2014

Traduction française : M.-Madeleine Linck

Assurer une chirurgie de qualité. Qu'est-ce que Trafalgar nous a appris ?

Merci de m'avoir invité à m'exprimer lors de votre rencontre. C'est la première fois que je participe à une session de *Médecine de la Personne* mais j'ai entendu parler de votre organisation depuis quelques temps, je connais vos objectifs, je les comprends et j'y souscris totalement.

On m'a demandé mon point de vue de chirurgien sur la façon d'assurer un service de qualité à nos patients en période d'austérité. Ce sont mes opinions qui ne représentent pas nécessairement les points de vue d'organisations avec lesquelles je suis associé. A l'origine, je suis chirurgien généraliste et gastro-intestinal, ce qui n'a rien d'extraordinaire. Cependant, mon expérience vient de la gestion de traumatismes spécifiques et de mon travail sur trois continents, aux systèmes de santé extrêmement différents : organismes privés, publics, indépendants, nationalisés. Malgré les différences géographiques, il y avait toujours un point commun de prise en compte des dépenses et de gestion avec des ressources et des budgets limités. Aucun service de chirurgie, ni même de système de santé, ne fonctionne avec un budget illimité. Il n'y aura jamais assez de temps, d'expertise ou d'équipement pour faire face aux demandes de nos patients. Ceci vient de notre nature humaine qui veut toujours plus, toujours mieux, toujours plus grand. Et cette demande vient autant des patients eux-mêmes que des soignants.

Voici donc ma première question :

Ai-je besoin du meilleur ? Le bon est-il adéquat ? Pouvons-nous tous avoir le meilleur ?

Un ancien Premier Ministre britannique dit un jour, concernant l'éducation : "Je veux qu'en Grande-Bretagne, chaque étudiant ait des résultats au-dessus de la moyenne." Les statisticiens parmi vous savent qu'il n'est pas possible que toutes les données soient au-dessus de la moyenne dans la population. Prenons l'exemple de ma voiture. C'est un véhicule de grande qualité, sûr, construit en Europe, d'environ 7 ans. J'en suis tout-à-fait satisfait et certain qu'il peut transporter ma famille de façon sûre et confortable. Mais ce n'est, sans aucun doute, pas le meilleur. Vous pouvez ne pas être d'accord avec mon choix mais c'est une voiture haut de gamme, dernier cri qui aurait pu être construite selon mes exigences précises à un prix bien supérieur. Mais avec mes ressources limitées, j'ai choisi de ne pas acheter le dernier et meilleur modèle, et ce principe s'applique aussi à la chirurgie.

Ces dernières 25 années, la cœlioscopie est devenue une technique souhaitable pour gérer la hernie inguinale. A cause de la technologie requise, elle est coûteuse, demande un équipement complexe et un kit jetable à usage unique. Comparée aux techniques anciennes, la chirurgie sous cœlioscopie demande une anesthésie générale avec paralysie des muscles. Cependant, la douleur post-opératoire ressentie par le patient et le temps nécessaire avant de retourner au travail ne sont pas forcément moindres en comparaison avec une technique moins coûteuse utilisant une anesthésie locale et une approche chirurgicale classique. Est-ce que « bon » est adéquat ? Que veut dire suffisamment bon ? Quelle opération voudriez-vous pour vous-même ou pour ceux que vous aimez ?

Moyens limités. Choix rationalisé.

Il y a de nombreux choix financiers à faire pour assurer une chirurgie de qualité dans des périodes d'austérité. Revenons à la réparation de la hernie. A la fin des années 80, Lichtenstein et d'autres ont montré qu'en utilisant une maille prothétique dans une hernie, sa réapparition qui était une question essentielle, pouvait être réduite de >20% à <1%. Il était clair que la dépense supplémentaire pour la maille économiserait en fin de compte de l'argent pour les soins. Aujourd'hui, les réparations des hernies inguinales ne sont presque jamais faites sans mailles. Cependant, le choix des mailles s'est élargi. Il y a toujours la maille en polypropylène Bard d'origine et beaucoup de versions génériques. Il y a aussi des mailles composites qui coûtent bien plus que le matériel simple. Elles sont annoncées comme étant plus fines et plus confortables que les originales, mais longtemps après les premiers 3 ou 4 mois suivant la réparation, il est rare, quelle que soit la maille utilisée, que le patient ait un problème d'épaississement et de confort. La question est ici de savoir si la dépense supplémentaire pour la maille la plus récente peut être justifiée.

Ces arguments peuvent être étendus aux pansements pour lesquels il y a pléthore de matériels imprégnés de médicaments coûteux, trop nombreux pour que je comprenne vraiment. Leurs prix sont élevés et en constante augmentation. Mais si on considère la connaissance et les principes de base de la physiologie des soins des blessures, on peut rationaliser les soins et les réduire à une poignée de principes simples. Comprenez-moi bien, les pansements coûteux de marque répondent aussi à ces principes. Mais on peut garder des coûts relativement bas en utilisant des pansements "vieux style" peu chers et des pansements coûteux bien ciblés.

Ici, mon exemple est celui de la gestion des blessures de guerre. En enlevant tous les tissus nécrosés et en vérifiant de façon formelle et structurée qu'aucune nécrose avec débridement supplémentaire n'a été oubliée, puis en gardant les blessures légèrement humides afin que les tissus sains ne se dessèchent ni ne meurent, les blessures ont toutes les chances de guérir. On n'utilise pas des pansements imprégnés de mélanges compliqués mais imperméables, et des pressions négatives pour évacuer l'exsudation et minimiser l'œdème.

Ce système de pansement avec pression négative est d'actualité. Il consiste en un appareil à faire le vide portable, un récipient pour collecter l'exsudation et un pansement qui permet de transmettre la pression négative à la surface de la blessure et d'enlever l'exsudation. Il faut que le pansement adhère à un tissu sain et non à la surface de la blessure. Et puisque l'austérité financière est la discussion du jour, ces kits de pansements sont coûteux mais partiellement réutilisables et le prix des consommables encore significatifs. Mais la fréquence des changements de pansements peu élevée, parfois deux changes par semaine, voire moins.

Permettez-moi de rester un peu sur la question de la chirurgie de catastrophe et de guerre. Si une équipe chirurgicale opère loin des fournisseurs de matériel chirurgical, la logistique doit être efficace. L'austérité loin de chez soi est en premier lieu soulignée par le choix limité de l'équipement et par sa quantité. Ceci dit, les résultats chirurgicaux dans des régions reculées peuvent être juste aussi bons que dans les meilleurs hôpitaux. L'Hôpital britannique dans le sud-ouest de l'Afghanistan a des résultats pour les traumatismes qui dépassent de loin ceux attendus quant aux instruments utilisés selon l'échelle internationalement reconnue. Dans des hôpitaux comme Bastion, on ne rationne pas l'expérience, mais l'équipement est limité à des listes agréées. Chaque chirurgien, anesthésiste et infirmière, a ses instruments préférés : ici, ils acceptent un set commun et par la combinaison de la formation, de l'expérience et de l'expertise, ils peuvent utiliser l'équipement limité pour atteindre l'expérience. Il n'y a aucune place pour des divas qui veulent des instruments particuliers mais toute la place pour des personnes d'expérience qui peuvent s'adapter et utiliser les ressources disponibles pour le bien de leurs patients et le leur (cela nous rappelle la parabole des talents dans Matthieu 25).

Qu'on applique cette façon de faire à n'importe quelle période d'austérité et les résultats ne dépendront probablement pas de la variété de l'équipement mais de l'expertise et de l'expérience de l'utilisateur.

Quelle technologie a fait ses preuves ?

Dans le monde des interventions chirurgicales, le nombre d'idées et de technologies intelligentes est infini. Beaucoup de travail sans aucun doute. Mais sont-elles justifiées en période d'austérité financière ?

Comment décide-t-on d'intégrer une nouvelle technologie ou technique en période d'austérité ? De ne pas offrir un meilleur traitement chirurgical, s'il est disponible, n'est pas éthique. Une analyse critique sérieuse de la littérature chirurgicale nous aide à déterminer le bénéfice clinique ou si une meilleure technique décrite est effectivement meilleure. Un habile engagement avec les fournisseurs influencera le coût du traitement. Leur intégration repose sur le bon sens et l'expérience.

Des essais ont été faits pour quantifier la relation entre coût et résultat clinique à partir d'instruments d'évaluation de la qualité de vie et d'années de vie gagnées au niveau individuel. Pour de plus grandes populations, des systèmes ont évalué le coût et les ratios bénéfiques pour des juridictions entières, comme le Plan Santé de l'Oregon aux USA (Oregon Health Plan) et le National Institution for Health and Clinical Excellence (NIHCE) (Institut National pour la Santé et l'Excellence Clinique) au Royaume-Uni. Ces organisations ont essayé de limiter les modes de traitement et de nous servir de guide, à nous cliniciens. Mais c'est notre propre analyse critique des nouvelles technologies qui devrait en fin de compte déterminer comment les adopter.

Laissez-moi prendre un exemple en chirurgie et vous donner mon opinion personnelle : la cholécystectomie laparoscopique (ablation de la vésicule biliaire par chirurgie non invasive). L'incision comportait un risque de morbidité, était douloureuse et était associée à une hospitalisation de plusieurs jours. En conséquence, une certaine population, en particulier de patients âgés, souffrait de maladies biliaires, mais ne souhaitait pas de traitement chirurgical. Avec l'arrivée de la cholécystectomie laparoscopique, les risques ont été réduits en particulier ceux liés à la plaie. Et l'occupation des lits a été réduite avec une économie financière correspondante.

Au contraire, avec l'hémi-colectomie laparoscopique (ablation d'une partie de l'intestin, généralement liée à un cancer) la chirurgie non invasive prend plus de temps comparée à une approche plus traditionnelle, mais l'équipement et les instruments à usage unique sont beaucoup plus coûteux. Du point de vue du cancer, il n'y a pas de différence quant au résultat ou à la vitesse du retour à une activité normale, bien que l'intensité de la douleur précoce soit moindre pour la chirurgie non invasive. Il est important de noter que la durée de l'hospitalisation est de quelques jours pour la chirurgie non invasive contre une semaine ou plus pour la chirurgie classique. Il y a une nette économie dans l'occupation des lits mais au prix du temps passé au bloc. Plus un chirurgien est compétent, plus vite il travaille, moins chère est l'opération. A l'opposé de l'exemple de la cholécystectomie, le bénéfice clinique pour le patient est marginal. Le bénéfice principal est l'économie financière par la durée réduite d'hospitalisation qui peut conduire à une moindre demande de lits ou, si les lits ne sont pas supprimés, à la possibilité de soigner plus de patients pour le même coût.

Protocoles de rationalisation / Parcours de soins

Depuis tout le temps que je travaille comme chirurgien, j'ai vu les moyens remis en question pour la chirurgie. Les moyens les plus coûteux concernent les lits et les blocs opératoires. Dans le système de santé britannique (NHS) les prix des lits sont généralement de 250 à 400 £ par jour ou de 25 à 30 £ par minute. Il n'est donc pas étonnant qu'il y ait eu une réduction progressive des moyens. Et sans surprise non plus, la demande pour les services rendus par le NHS n'a pas baissé. A mon avis, la qualité des soins n'a pas non plus baissé, elle a peut-être même augmenté. Comment l'expliquer ? Cela nous donne-t-il des pistes pour gérer l'austérité financière ?

Considérons la question des lits. Les patients occupent des lits lorsqu'ils récupèrent d'une chirurgie ou ne peuvent pas rester chez eux. Les patients occupent aussi des lits d'hôpital lorsqu'ils attendent : un contrôle, un scan, un test, une opération, la sortie. En rationalisant les parcours de soins, on peut réduire le temps d'occupation des lits, peut-être même au bénéfice des malades.

Différents modèles ont été validés pour la chirurgie non urgente : **du point de vue de l'organisation**, faire faire des examens cliniques en ambulatoire autant que possible ; faire la procédure d'admission lors d'une consultation externe bien avant l'opération ; ne pas passer par le service avant l'opération et aller directement au bloc opératoire. **Du point de vue de la clinique**, minimiser les perturbations physiologiques avant, pendant et après les interventions par une gestion judicieuse des fluides, des techniques d'anesthésie plus douces, une remise en question des dogmes historiques tels le jeûne et l'alitement après une opération. Ces approches sont maintenant connues sous le terme de « rétablissement amélioré » et ont été appliquées dans presque toutes les spécialités chirurgicales.

On développe aussi des modèles applicables aux références pour les urgences. Améliorer l'orientation par l'intervention d'un senior plus expérimenté plus tôt signifie que les admissions peuvent être reportées ou évitées, en appliquant un parcours de soin spécifique. L'intervention d'un aîné plus tôt réduit le besoin de jeunes à plusieurs niveaux, économisant du temps de bilan pour les patients et des heures de travail pour le personnel. Plutôt que d'être admis dans un service, de subir une réduction sans opération et ensuite d'attendre qu'une intervention chirurgicale soit programmée, un patient ayant une hernie aiguë peut l'avoir réduite en ambulatoire, ne pas être hospitalisé pour attendre une opération, mais rentrer chez lui et revenir le lendemain directement à la réception du bloc opératoire. D'appliquer ces principes dans un grand CHU du Royaume-Uni a eu comme résultat une réduction moyenne de l'occupation des lits pour toutes les admissions d'urgence de 6,5 à 4,1 jours et vous pouvez deviner les économies de coûts, tant en terme d'argent

qu'en besoin absolu de lits. Bénéfice pour le patient : admission plus courte, exposition réduite aux infections nosocomiales, réadaptation plus rapide, car moins d'alitement. Coût pour le patient : plus d'aller-retour à l'hôpital, mais des membres de la famille l'auraient fait de toute façon. De tels parcours sont développés pour toutes les admissions générales aux urgences, de la fracture de hanche à la crise biliaire aiguë et aux simples abcès sous-cutanés.

Au Royaume-Uni, c'est assurément un impératif financier qui est à l'origine de cette situation mais les évolutions de la formation auraient conduit à ces changements à plus long terme. C'est parce que le nombre de stagiaires sera réduit dans la réorganisation des parcours professionnels chirurgicaux. Il y aura moins de stagiaires pour faire le travail. Ces nouveaux parcours professionnels court-circuitent le double traitement des patients ce qui libère aussi des ressources financières pour d'autres aspects du soin des patients en chirurgie.

Le coût de l'expérience et de la formation

Les principes techniques en chirurgie ne sont pas spécialement compliqués et il est possible de former à de nombreuses techniques opératoires. Au Royaume-Uni, ces dernières ont été transférées avec succès à d'autres groupes non chirurgicaux pour régler une demande croissante et réduire les coûts. L'endoscopie, la podologie et la suppression d'une hernie en sont de bons exemples. Les résultats techniques sont normalement égaux (et certains diraient même supérieurs) comparés à ceux des chirurgiens. Que d'autres suivent ces techniques est irréfutable. Donc, si le coût de la formation en termes de temps et d'expérience est moindre, alors le coût du chirurgien en termes de salaire et de droits sociaux doit être moindre.

Pour faciliter ces situations et les réunions de gestion, nous avons développé des « parcours de soins », des normes pour les explorations et le traitement des patients. La prise de décision dans un parcours s'appuie sur des résultats objectifs de tests, parfois sophistiqués. Des études de cas qui entraînent ces évolutions dans les traitements montrent qu'il y a des avantages financiers à suivre un parcours prédéterminé pour le diagnostic et le traitement. Le travail de routine est délégué aux moins expérimentés sans changement dans les résultats.

Je viens de soutenir que nous n'avons pas besoin de former nos soignants au même niveau que par le passé. J'ai soutenu que nous n'avons pas besoin de beaucoup d'expérience et de formation. L'argument est valable lorsque le cas clinique est simple et peu compliqué. L'expérience n'est nécessaire que lorsque les choses tournent mal. Un système comparable souvent utilisé dans la discussion est celui d'un pilote de ligne. Il est tout à fait possible d'utiliser le pilote automatique pour voler autour du monde : décoller, atteindre l'altitude de croisière et même atterrir. La possibilité d'avoir un avion sans pilote est assurément une réalité de nos jours mais pas encore pour les vols commerciaux. Dans le transport aérien moderne, le pilote travaille en tant que superviseur, assurant des vérifications banales et son expertise n'est mise à contribution qu'en cas de problème.

Ce modèle s'applique-t-il à la chirurgie ? Est-ce possible ? Est-ce pratique ? Est-ce rentable de former du personnel à un niveau inférieur, à moindre coût pour ensuite utiliser un superviseur expérimenté pour régler les problèmes ?

Je n'en suis pas vraiment sûr. Contrairement au transport aérien, un grand nombre de pratiques cliniques concerne la gestion d'informations incomplètes et d'incertitudes. Les patients présentent des cas de façons tellement différentes et un médecin expérimenté utilise des compétences cliniques pour éliminer ces incertitudes tout en restant vigilant à une présentation atypique qui peut

être quelque chose de rare ou la forme inhabituelle de quelque chose de courant. Dans des situations d'urgence, il est certainement nécessaire de développer une conscience de la situation pour permettre une priorisation dans le parcours-même du traitement clinique du patient et pour prioriser les soins de plusieurs patients lorsqu'il y en a plus d'un.

Dans la gestion des traumatismes et accidents graves, nous chargeons habituellement le chirurgien le plus expérimenté non pas des opérations mais du tri et de l'orientation des patients, ainsi que de la surveillance des soins pour éviter des problèmes.

Jusqu'au XIXème siècle, les chirurgiens ont été formés, non pas dans des institutions académiques, mais par l'apprentissage. William Beatty, le chirurgien de Nelson à Trafalgar a gagné ses galons et son statut après de nombreuses années de travail en tant que chirurgien. Il avait rejoint la Marine à l'âge de 18 ans comme aide du chirurgien en second, puis du chirurgien en chef avant de devenir chirurgien lui-même. Son poste de chirurgien aura été fondé sur son habileté et son esprit de décision. Il a été jugé sur la rapidité de ses amputations, une compétence vitale à une époque où l'anesthésie était inconnue ! Beatty eut une formation officielle de médecin, avec diplôme universitaire, mais pas avant d'avoir été célèbre comme chirurgien de Nelson pendant de nombreuses années.

Heureusement que cette époque est révolue, mais le principe de l'expérience et de la compétence technique reste parmi d'autres éléments, fondé sur une formation plus académique. Je juge les chirurgiens stagiaires non seulement sur leurs connaissances académiques et leurs compétences, mais aussi sur leur habileté à voir et à suivre les plans anatomiques entre les tissus et à défaire les plis et les replis que l'embryologie et l'évolution, voire même la Création, ont développé pour faire notre être ; je prends aussi en compte la douceur avec laquelle ils manipulent les tissus. Tout ceci prend du temps pour se développer et donc atteint un coût à la fois financier et humain pour les patients sur lesquels les étudiants se sont exercés.

L'expérience a un certain prix : argent pour le consommateur, temps pour l'étudiant et inconfort pour le patient sur lequel on perfectionne son expérience. En avons-nous besoin ? Sans aucun doute ! Et en période de ressources financières limitées ? Certainement ! Pourquoi ? Cela nous permet de rester concentrés sur les tâches à accomplir lorsque des moins expérimentés se débattent dans les méandres des processus. Cela devrait assurément économiser nos ressources limitées !

Ethique du meilleur versus de l'assez bon ?

Arrivons-en à la question de la gestion des attentes/espoirs/espérances. C'est bel et bien, lors d'une présentation dans une conférence, de considérer différentes approches pour faire des coupes dans un environnement financièrement austère. Engager avec le public des approches nouvelles et intellectuelles prend des dimensions chargées d'émotions. Nous voulons tous avoir ce qu'il y a de meilleur et, comme je l'ai dit plus haut, nous espérons tous sortir du lot. Nous pouvons apprendre quelque chose de nos hommes politiques : éviter la réalité qui ne nous convient pas, faire semblant de l'ignorer...

La gestion des attentes, cependant, inclut aussi notre personnel, nos collègues et nous-mêmes. Je crois que cela nécessite une approche décalée et nous, en tant qu'individus, devons être convaincus que nous comprenons la façon dont nous opérons dans notre environnement, que nous fournissons des soins chirurgicaux sûrs et de qualité à nos patients. Nous nous convainquons nous-mêmes par une évaluation critique de l'analyse des autres sur les mêmes sujets. Nous analysons de façon critique nos propres valeurs et, si nécessaire et utile, nous auditons notre pratique sur les résultats

qualitatifs. Nous montrons à ceux qui nous entourent que nous sommes amenés à assurer la qualité tout en appliquant aux ressources limitées une philosophie pragmatique. On en revient à notre assurance que ce que nous faisons est juste et approprié. J'ai démontré qu'une approche moins coûteuse de certaines procédures chirurgicales est éminemment acceptable. Cette approche est applicable autant en Europe que dans le tiers-monde. Le coût est indépendant de la qualité et c'est la qualité qui est recherchée.

Est-il éthique de dépasser les budgets pour un bénéfice marginal sans lien avec la dépense ?

Plus haut, j'ai soulevé la question de l'expertise et de l'expérience dans la gestion en période d'austérité. J'ai aussi mentionné les économies en n'utilisant pas nécessairement le matériel dernier cri, le meilleur ou de marque. Je souhaite donc clore par une question d'éthique. Si un fournisseur principal proposait un certain équipement chirurgical de pointe à un prix bien plus élevé que celui d'un plus petit fournisseur, lequel choisiriez-vous ? Mais qu'en serait-il si ce fournisseur principal vous donnait la possibilité d'assurer la formation spécialisée de votre personnel ou de vos stagiaires ? Le coût supplémentaire de la formation justifierait-elle la dépense de l'équipement le plus cher ? Et qu'en serait-il si le coût supplémentaire limitait le nombre de patients que vous pourriez traiter ? La formation qui vous permet de rationaliser vos dépenses justifierait-elle les coûts supplémentaires ? Et ces coûts supplémentaires devraient-ils être attribués au coût d'une procédure ?

Merci de m'avoir invité à prendre la parole devant vous.