

EXPERTISE INDEPENDANTE SUR LA PRATIQUE DE LA MEDECINE HAUTEMENT SPECIALISEE VISCERALE A L'HOPITAL DE SION – RSV¹ - VALAIS

**Mandat délivré par Madame Esther Waeber-Kalbermatten
Conseillère d'Etat
Cheffe du Département de la Santé, des Affaires Sociales et de la Culture**

Rapport de fin de mission ²



Préambule

Le présent rapport constitue la synthèse des observations récoltées au cours d'une mission réalisée en Valais et à Bruxelles du 24/09/2013 au 31/01/2014.

Il intègre l'analyse globale de l'environnement hospitalier et administratif dans lequel la chirurgie viscérale hautement spécialisée peut ou doit être pratiquée.

Les événements survenus au cours de la période d'expertise ont entraîné la communication partielle de certains résultats et amené quelques réflexions nécessaires à la conduite du processus. En aucune manière, ces événements n'ont modifié ou entravé la démarche.

La méthodologie a été proposée d'un commun accord entre le mandataire et le mandant. Aucun obstacle n'est survenu de la part du Conseil d'administration du RSV, du Conseil Exécutif, du Corps Médical ou des divers départements impliqués.

La collaboration des structures du RSV ne souffre aucune critique. Les études intermédiaires ont été soumises, de manière totalement anonymisée, à la critique de cinq professeurs de faculté à l'Université Libre de Bruxelles.

Aucun conflit d'intérêt n'est survenu. Les conclusions du présent rapport ont donc été rédigées en totale liberté et indépendance.

La publication de présent rapport est sous la responsabilité éditoriale du mandant.

¹ RSV : Réseau Santé Valais

² Ce compte rendu final intègre les informations et remarques émanant du RSV que l'auteur estime adéquates voire opportunes pour bien cerner les pistes de réflexions et de reconstruction du projet de Médecine Hautement Spécialisée Viscérale.

Message à l'attention des patients valaisans

Chères patientes, chers patients,

Depuis décembre 2009, le réseau hospitalier valaisan public, dont la mission est d'assurer l'accessibilité à des soins médicaux performants, traverse une crise institutionnelle majeure.

Conformément aux besoins de structuration et de planification hospitalière que rencontrent l'ensemble des pays européens, le canton du Valais a pris la décision raisonnable de regrouper les forces techniques et médicales au sein d'un réseau destiné à rationaliser et à réunir les complémentarités nécessaires dans les différents domaines médicaux.

Le support indispensable de plusieurs institutions universitaires suisses a été sollicité avec succès. Le Valais s'est donc approprié de nouvelles compétences médicales dans les domaines des urgences, des soins intensifs, de l'oncologie, de la médecine, de la chirurgie.... De nombreux progrès et de nombreux succès ont été obtenus suite à cette politique de santé.

Il est apparu, depuis 2008, que plusieurs obstacles rendaient l'intégration quelquefois laborieuse : la multiplicité des sites, le transfert des patients selon le type de pathologie, la nécessité de fermer certains plateaux techniques, et certainement les difficultés de collaboration entre certains médecins hospitaliers issus d'universités différentes, de formations diverses et de cultures hospitalières sensiblement variées.

Une institution hospitalière n'échappe pas aux sentiments et aux comportements des hommes et des femmes qui doivent participer au succès de cette dynamique.

Les malentendus, l'ambition de certains, la suprématie d'autres, les incompatibilités interpersonnelles parfois incontournables peuvent confronter la direction d'une grande institution hospitalière à des choix et donc à certains renoncements.

La prise en charge des pathologies gastroentérologiques, médocochirurgicales, n'a pas échappé à ces défis.

Le climat régnant dans ce domaine s'est vu progressivement détérioré suite à certains attermoissements, à un manque de conduite et d'autorité, au repli de certains et à l'absence de proactivité de certains acteurs.

Dans ce climat aggravé par une médiatisation excessive, une certaine instrumentalisation politique, l'application d'un projet d'agrégation supra-cantonal de la chirurgie lourde ne pouvait que cristalliser les tensions et accroître des conflits latents. Le recours à des avis extérieurs, de nombreuses initiatives personnelles, quelque fois isolées et parfois anarchiques, des expertises superficielles ne pouvaient pas apporter les solutions structurelles à cette problématique.

L'audit réalisé en 2011 par la Fédération Hospitalière de France (FHF) a apporté une vision neutre et professionnelle du fonctionnement global du RSV. Malheureusement, elle ne comportait pas le volet d'enquête scientifique et clinique approfondie nécessaire à une évaluation médico-scientifique.

Quant aux conclusions et recommandations sur le « management » global du RSV, elles ont apporté un train de changements dont les effets et l'accompagnement ont fait défaut dans le cadre MHS précisément.

L'objectif primordial et ultime d'une institution hospitalière est de fournir des soins de santé de grande qualité et une flexibilité sans faille vis-à-vis des besoins de santé publique.

L'inquiétude exprimée par de multiples praticiens hospitaliers, des plaintes répétées de la part des patients, de sérieux doutes émis par plusieurs professeurs de facultés suisses témoignent du manque de crédibilité que les hôpitaux valaisans rencontrent en ce début d'année 2014.

La volonté affirmée de la Conseillère d'Etat et de l'ensemble du Département de reconstruire l'image de ces hôpitaux passe par une analyse approfondie des pratiques médicales et la construction d'un nouveau plan directeur dans les secteurs les plus critiques.

C'est dans ce cadre que la pratique de la médecine hautement spécialisée en chirurgie viscérale a été analysée par nos soins au cours de plus de quatre mois de travail.

Trois considérations générales incontournables prédominent:

- *Il faut restituer au RSV un climat de travail adéquat pour permettre au personnel infirmier, paramédical et médical de reprendre confiance, force et détermination. Cela signifie la création d'une plateforme de communication interne structurée et d'une « Task Force »³ destinée à organiser un « think tank »⁴ suivi d'un nouveau projet médical issu de la base.*
- *Il faut établir clairement les responsabilités, champs d'actions et autorités pour chacun des exécutifs (directeur général, directeur de site, chef de département...). Renouveler le règlement d'ordre intérieur promouvant l'initiative et éliminant l'impunité.*
- *Il faut renforcer le contrôle de qualité à chaque niveau de pouvoir. Quels sont les rôles et donc les responsabilités de chacun ?*

La M.H.S. viscérale est en panne, presque à la dérive. Remettre les moteurs en marche ne peut se faire qu'à deux conditions : identifier ou désigner le capitaine et choisir sa route.

Les patients valaisans ont un rôle prédominant, ils doivent faire confiance et bénéficier d'un organe de surveillance de qualité des soins indépendant. Dans le cas présent, leur interlocuteur est le Département en charge de la santé.

Le défi de relever la Médecine Hautement Spécialisée viscérale est majeur. Si cet objectif est atteint, l'ensemble des services concernés renouera avec l'excellence, la réputation et l'attractivité. La MHS doit être le fer de lance à Sion. C'est urgent pour les malades, c'est déterminant pour les médecins.

Merci de votre confiance et Bonne route.

Jean-Jacques Houben

³ Groupe de travail conduisant un projet défini avec détermination

⁴ Réservoir de réflexions et d'idées destiné à construire la planification d'une opération

Résumé du compte-rendu de l'expertise (présenté au Conseil d'Etat du Valais le 19/02/2014)

Objet :

Le mandat consiste, en synthèse, à collecter les casuistiques de patients opérés dans un cadre MHS⁵ en 2011 et 2012 , étudier les performances en termes de qualité, de morbidité et de mortalité, analyser les itinéraires cliniques suivis par les patients concernés, analyser l'organisation médicale globale de la prise en charge et établir des recommandations quant à l'avenir de l'activité MHS viscérale à Sion

Méthodologie :

La méthodologie est calquée sur l'analyse casuistique rétroactive telle que pratiquée dans les centres de recherche clinique ou d'évaluation de qualité. La levée du secret médical a été obtenue, sauf quelques exceptions. Les dossiers ont immédiatement été anonymisés sous un code nombre, seulement connu de l'expert. Une série de paramètres cliniques, biologiques radiologiques sont prédéterminés comme indicateurs de qualité et de traçabilité des itinéraires cliniques.

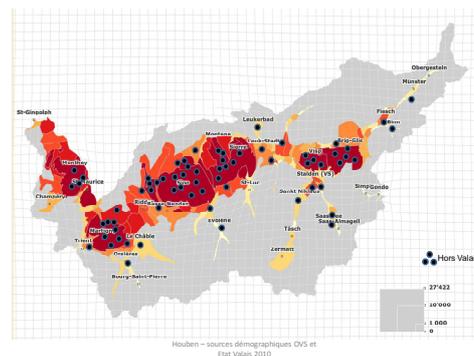
Au cours de l'expertise, **277 dossiers** ont été scrutés. Plus de **8200 données** ont été encodées. 42 acteurs cliniques ont été entendus et près de 750 heures consacrées au traitement de l'information.

Le Benchmarking est réalisé sur la base d'études scientifiques comparables publiées et répertoriées dans Medline Pubmed. Les particularités régionales (Valais et Suisse) sont prises en considération en consultant les données de santé publiques publiées et en interrogeant des cliniciens indépendants.

Contexte actuel 2014 :

Le contexte est très particulier et l'expertise menée dans un contexte tendu. Tensions hospitalières, médiatiques, politiques,.....et défis en santé publique comme en témoigne le rôle que le RSV doit jouer comme hôpital cantonal de référence.

Les données épidémiologiques sont éloquentes sur la carte géostratégique en annexe. La population valaisanne doit se munir d'une médecine hospitalière forte, articulée sur des partenariats universitaires pour les technologies avancées, la formation continue, les pathologies rares. Mais l'hôpital du Valais doit répondre aux principaux défis de santé publique : le cancer, les urgences traumatologiques, les maladies cardiovasculaires, l'obésité,



Cette carte constitue une fusion de la densité de la population avec la provenance des patients du RSV(MHS)

L'hôpital de Sion est donc naturellement le centre de drainage de la population cantonale dans son ensemble et en particulier dans la reconstruction du projet MHS viscérale en Valais.

Le Contexte administratif et managérial ne peut être ignoré dans le processus. L'avènement de la planification de la MHS en Suisse est déterminant.

⁵ Médecine Hautement Spécialisée

La première partie de l'expertise a consisté en l'analyse médico-scientifique de l'activité chirurgicale dans les quatre secteurs MHS octroyés au RSV.

En **chirurgie hépatobiliaire**, il ressort que :

- L'incidence des pathologies bénignes opérées est clairement augmentée.
- La stratégie oncologique dans les métastases hépatiques est peu documentée.
- La morbidité cumulée est excessive par rapport aux standards attendus. 57 % par rapport à 32 % dans la littérature.
- Le RSV affiche une mortalité post-opératoire de 13.5 %. (Standards : 1 à 5 %).
- Les pathologies agressives (Cancer vésiculaire, Cholangiocarcinome multifocal, ...) ont été opérées sans évidence d'un bénéfice thérapeutique attendu.
- L'environnement gastroentérologique médical est faible et inconstant dans les pathologies relevant de la MHS, que ce soit sur le plan de l'implication diagnostique, clinique ou même thérapeutique.
- L'environnement au Bloc Opératoire semble montrer des failles dans l'organisation de l'anesthésie surtout l'absence de départementalisation. On regrette un manque de communication et des relations conflictuelles évidentes entre anesthésistes et chirurgiens.

Les principales recommandations sont les suivantes : renforcement immédiat de l'hépatologie médicale, cadrage multidisciplinaire des indications opératoires, départementalisation de l'anesthésie, colloques systématiques.

En **chirurgie œsophagienne**, la situation est radicalement différente. L'activité chirurgicale 2011-2012 présente 11 dossiers MHS véritables. Ils sont encadrés sur le plan oncologique. Le faible nombre de cas ne permet pas un benchmarking. Mais les indices sont favorables, en particulier sur le plan carcinologique. La question se limite donc à l'insuffisance de recrutement et aux traitements alternatifs du cancer œsophagien qui hypothèquent la poursuite de cette activité à SION.

En chirurgie pancréatique, l'expertise démontre que le nombre de patients pourrait être satisfaisant sous réserve de la validation des indications opératoires. On retrouve plusieurs faiblesses communes avec la pathologie hépatobiliaire : bilan médico-chirurgical fruste et indications opératoires contestables, opérabilité et résécabilité sur-estimées, choix techniques audacieux et complications vasculaires sévères, support nutritionnel déficient. Le résultat objectif se solde par une mortalité de plus de 20 %, alors que tous les centres compétitifs affichent entre 2 et 10 % de mortalité pour les duodéno pancréatectomies

Les recommandations impliquent une concertation avec un centre universitaire, l'acquisition de compétences gastroentérologiques médicales spécifiques, une systématisation des procédures.
Primum non nocere !

La **chirurgie colorectale** a été traitée en deux volets : le cancer du rectum et les pathologies fonctionnelles de la jonction colorectale.

La prise en charge se rapproche des standards et montre même des forces dans certains secteurs : traitement pluridisciplinaire, prise en charge de cas complexes, urgences.... Il apparaît, cependant, deux sources de réflexions et d'améliorations : Le taux de fistules anastomotiques est excessif et la préservation sphinctérienne ne semble pas prioritaire. Les recommandations avancent une intégration Haut et Centre Valais, une révision des techniques d'anastomoses et de préservation fonctionnelle.

Le second volet a consisté en une immersion dans le Département de Chirurgie Viscérale, aux entrevues et l'élaboration de recommandations fondées sur les forces et les faiblesses mesurées.

Les conclusions de l'expertise sur la pratique de la MHS en chirurgie viscérale sont exprimées sous la forme de deux tableaux type « swot » :

A. Itinéraires cliniques.

| DOMAINE MHS | FORCES | FAIBLESSES |
|-----------------------------------|---|---|
| Recrutement | Le bassin valaisan est affecté par des pathologies lourdes oncologiques et des morbidités conséquentes. Le Trauma center est efficient et indispensable. | La confiance des médecins généralistes et des gastroentérologues est ébranlée : Un travail sur l'image et la sécurité est nécessaire. |
| Gastroentérologie médicale | Le RSV recrute et recherche des gastros expérimentés disposés à s'engager. Genève, Berne et Lausanne disposent de consultants potentiels. Deux nouvelles recrues sont « en piste » | Il n'existe pas de Service de Gastroentérologie. Pas d'unité d'hospitalisation. Tous les gastros sont part time et effectuent une activité extra hospitalière, centrifuge le plus souvent. Il n'y a pas de pancréatologie, pas de pHmétrie pas d'échoendoscopie, pas d'élastométrie, pas de manométrie,..... |
| Imagerie médicale | Equipement technique performant. Compétences cliniques affirmées. Disponibilité. | Concurrence excessive des centres privés. Sous-utilisation d'opportunités nouvelles par les cliniciens |
| Biologie clinique | Fiabilité et réactivité. | Informatisation des labos désuète et non intégrée. Présentation confuse des résultats. |
| Oncologie | Unité très performante. Excellente image à l'extérieur. Colloques en voie de performance et de systématisation. | Surcharge clinique perceptible. |
| Bilan préopératoire | Accessibilité des services et bonne expérience dans la plupart des domaines. | Manque de systématisation. Itinéraires anarchiques. Absence de nutrition clinique. Absence d'oncogériatrie. |
| Multidisciplinarité des décisions | Volonté affirmée de transversalité. | Manque de systématisation des colloques. Déséquilibre médico-chirurgical |
| Anesthésie et Bloc opératoire | Expériences cliniques fortes mais éparées. Volonté affichée de départementalisation. Equipement de support satisfaisant. Staff infirmier fort et disponible. | Conflits interpersonnels. Disparité d'engagement clinique Pas d'esprit M.H.S. |
| Technique chirurgicale | Bonne maîtrise pour l'ensemble des opérateurs y compris en urgence. Expertise en chirurgie colorectale au SZO. | Désunions anastomotiques fréquentes à Sion. Résections peu conservatrices. Choix techniques parfois audacieux |
| Soins Intensifs et de Suite | Excellentes performances. Très bonne organisation de service. Intégration avec les urgences | Sensibilité fort « chirurgicale » en cas de problème abdominal non maîtrisé |
| Suivi post opératoire | Satisfaisant dans l'ensemble | Soucis les jours « off » Manque de collaboration |
| Anatomie pathologique | Flexibilité, performances, ouverture aux techniques de pointe intégration clinique. Grande expertise. | Exigences techniques spécifiques. |
| Nursing | Bonne organisation flexible pour la MHS. Instrumentation opératoire efficace | |
| Tenue dossier médical | Globalement excellente. Accessibilité à distance et imagerie en ligne | Documents non digitalisés. Traçabilité des feuilles d'anesthésie ? Consultations décentralisées,..... ! |

B. Cadre organisationnel

| Gouvernance | Forces | Faiblesses |
|--|--|---|
| Niveau départemental Chirurgical Viscéral | Contrôle des procédures. Crédibilité auprès de certains partenaires. Qualités cliniques du staff. | Autorité excessive et répartition des tâches opératoires inadéquate. Manque de charisme. Manque de considération vis-à-vis des collaborateurs |
| Niveau Direction de site | Empathie chirurgicale MHS. Bonne connaissance des acteurs. | Manque d'implication. Autorité défaillante. Disponibilité faible et manque de réactivité |
| Niveau Direction RSV | Vision globale. Confiance dans le réseau. Crédibilité. | Manque d'autonomie. Autorité défaillante |
| Niveau C.A. | Expérience considérable en matière hospitalière. Volonté de promotion M.H.S. Diversité de compétences et de sensibilités. | Confusion de rôle avec l'exécutif. Remise en question nécessaire. Manque de connaissances des procédures médicales et des conflits internes. Excès de communication externe et communication interne inadaptée. |

La MHS est le pivot de la santé des valaisans. Quelles sont les recommandations pour la porter ?

Chirurgie viscérale

- Impliquer les cliniciens au sein d'un comité de pilotage transversal, c'est à dire multidisciplinaire.
- Planifier un agenda avec le CHUV⁶, partenaire privilégié, et fixer les objectifs partagés.
- Démarcher immédiatement les compétences nécessaires en Suisse et aussi à l'étranger pour renforcer la chaîne de soins.

Anesthésie

- Départementalisation immédiate, tous secteurs confondus. Sectorisation des responsabilités.
- Evaluation des besoins médicaux par bloc au sein du RSV. Révision du cadre définitif, temporaire et infirmier en fonction des besoins.
- Application des bonnes pratiques déontologiques.

Gastroentérologie

- *Think Tank* avec l'ensemble des gastroentérologues du canton.
- Etablissement d'un projet gastroentérologique M.H.S. compatible.
- Démarchage national et international dans les secteurs déficients.
- Autonomisation de la gastroentérologie vis-à-vis de la médecine interne. Etude de faisabilité d'une unité transversale MHS en hospitalisation (oncologie, gastro, chirurgie,...).

Oncologie

Implication maintenue et renforcement du partenariat RSV. La locomotive d'une fusion clinique réelle du RSV pourrait venir des oncologues médicaux.

Coopération avec les hôpitaux universitaires

Le CHUV est naturellement le premier partenaire idéal. Berne et Genève ont leur rôle à jouer.

⁶ Centre Hospitalier Vaudois

On ne peut disperser les énergies et les collaborations dans tous les sens. Le partenaire privilégié doit être confirmé, respecté, mais aussi cadré. La convention de collaboration doit être équilibrée selon le principe du *win win*. La plus grande vigilance sera de mise dans le renforcement de la M.H.S. en Valais.

Au niveau de la gouvernance du RSV en matière M.H.S.

Des propositions sont avancées pour améliorer la cohésion entre le Conseil d'Administration, la Direction exécutive du RSV et les médecins. Les rôles de chaque structure sont équivoques. L'expertise déplore notamment une communication mal adaptée, une carence de conduite et une autorité mal adaptée dans le programme clinique M.H.S. Un sentiment d'impunité entraîne une déresponsabilisation de certains acteurs. Définition des charges, responsabilités du Chef de département. Nomination d'un coordonateur (trice) MHS et mise à disposition de tableaux de bord pour tous les responsables médicaux.
