A propos des parcours cliniques («clinical pathways»)

Gerd Laifer, Roman Gaudenz, Christoph A. Meier
Klinik für Innere Medizin, Stadtspital Triemli, Zürich

Quintessence

- Le système de santé suisse est l'un des plus chers du monde, et les dépenses par tête ont augmenté de 32% entre 2000 et 2006.
- Les parcours cliniques («clinical pathways») décrivent des processus à la fois médicaux et économiques intégrant les différents groupes professionnels impliqués dans les soins. Ils permettent de structurer et de coordonner le déroulement d'activités complexes dans les hôpitaux. Les parcours cliniques mènent à une meilleure transparence dans le secteur des coûts ainsi qu'au niveau des résultats, et ils contribuent à une optimisation des prestations ainsi qu'à une maximalisation de l'utilisation des ressources.
- Idéalement, ils combinent les aspects médicaux et économiques, mais le risque d'une prédominance des intérêts économiques existe. De plus, l'attribution d'une importance exagérée à des processus structurés peut donner lieu à des réglementations rigides, au détriment de ce qui est communément appelé l'«art de la médecine», ce qui nuirait évidemment à une prise en charge médicale personnalisée, centrée sur le patient. C'est pourquoi il faut que les médecins prennent en main l'élaboration de ce genre de standards au lieu de déléguer cette tâche aux économistes de la santé.

Introduction et présentation du problème

Le système de santé suisse est caractérisé par une médecine de haute qualité, mais chère, dans un environnement extrêmement dynamique. Selon le rapport de l'OCDE (Organisation for Economic Cooperation and Development) de 2008 [1], la Suisse aurait – en termes de dépenses par habitant – le système de santé le plus coûteux des pays recensés, après les Etats-Unis et la Norvège. Entre les années 2000 et 2006, les dépenses de santé par personne ont augmenté de 32% dans notre pays [1]. Les projections sur l'évolution des coûts laissent prévoir une forte augmentation de la part du produit national brut consacrée aux dépenses de santé, qui passerait de 11,3% aujourd'hui (2006) à quelques 14–17% en 2030 [2]. Avec 9,1 jours, la durée d'hospitalisation moyenne est également nettement plus élevée en Suisse par rapport à la moyenne de l'OCDE et à celle des Etats-Unis (6,7 et 5,8 jours respectivement) [3]. L'augmentation des coûts et les débats publics qu'elle suscite appellent à une amélioration de l'efficience du système, ce qui requiert une optimisation des processus hospitaliers, la création de synergies à l'intérieur de chaque hôpital et l'intégration des prestataires de soins externes dans un concept général de réseaux hospitaliers. Les responsables médicaux devront de plus en plus endosser des responsabilités globales, en particulier dans le domaine budgétaire.

Les voies de traitement définissent un processus qui rend compte du déroulement du traitement tout entier

Le but est – du point de vue économique – de tirer le meilleur parti des moyens engagés, autrement dit de produire «autant de santé» que possible. Les parcours cliniques décrivent l'ensemble des étapes suivies au cours d'une prise en charge médicale: dans le cas de l'accident vasculaire cérébral aigu, il s'agit par exemple de définir la manière dont les paramédicaux ou le médecin traitant doivent annoncer les patients entrant en ligne de compte pour une thrombolyse, de préciser quelle équipe de traitement sera impliquée et de déterminer quels examens d'imagerie standard il faudra effectuer avant le traitement lytique. Des critères sont également établis pour la durée de la surveillance à l'unité de soins intensifs ou à la Stroke Unit, pour la suite du traitement dans l'unité des lits et pour le moment du transfert du patient en service de réhabilitation. Cette démarche standardisée permet, grâce à une meilleure coordination de la prise en charge médicale, de mesurer des critères de qualité tels que le temps «door-to-needle» ou la durée d'hospitalisation, d'éviter les redondances, notamment au niveau des interfaces des différentes structures médicales (cabinet–unité des urgences–unité des soins intensifs–unité des lits–réhabilitation–cabinet). Une telle organisation hiérarchisée des interventions diagnostiques et thérapeutiques effectuées à l'intérieur de l'hôpital permet d'optimiser le déroulement des activités, d'améliorer la transparence dans les domaines des performances, des résultats et des coûts, de tirer le meilleur parti des prestations et d'économiser au maximum partout où cela est possible. Elle ouvrira de plus la voie à l'introduction d'ores et déjà prévue des «Diagnosis Related Groups» (DRG). Ce type de processus devrait idéalement se refléter aussi dans le suivi ambulatoire (pré- et posthospitalisation) (shared DRG).

Terminologie

Les *guidelines* sont des directives développées sur la base de preuves cliniques et qui doivent satisfaire à un certain nombre de critères scientifiques très sévères. Elles sont souvent le résultat d'une démarche de consensus systématique, effectuée au sein des sociétés de spécialistes concernées et caractérisée par des analyses décisionnelles relevant d'une logique stricte. En l'absence de base d'évidences suffisante, les groupes élaborant les guidelines renoncent la plupart du temps à émettre des recommandations concrètes. La question des coûts (ou

des coûts par QALY) est en règle générale peu si ce n'est pas du tout abordée dans les guidelines des sociétés de spécialistes. Les *standards* sont des recommandations élaborées de façon systématique pour certaines situations médicales spécifiques (surtout sous la forme d'algorithmes). Ils incluent fréquemment des optimisations de certains modes de fonctionnement. Il s'agit de «recommendations of high clinical certainty», qui sont la traduction des guidelines au jour le jour dans la pratique du terrain. Une condition à l'implémentation des standards est leur adaptation aux circonstances locales. Lorsque la base des évidences fait défaut, c'est un simple avis d'expert qui est mentionné. L'intégration des standards dans des processus contrôlables combinée à la prise en compte de considérations économiques (besoins en personnel, besoins en infrastructures, y compris les moyens financiers et les prix) aboutit aux *parcours cliniques*. Ces derniers documentent, avec des standards de qualité bien définis, des processus standardisés impliquant différentes catégories de professions médicales et prenant en considération les aspects économiques. En plus des recommandations fondées sur les preuves, autrement dit les guidelines et les standards, les parcours cliniques intègrent des éléments tels que les attentes de la part des patients, les standards utilisés dans le domaine des soins et de l'hôtellerie, l'administration et, last but not least, le volet économique. La combinaison des aspects médicaux et des impératifs de l'économie d'entreprise est ce qui distingue les parcours cliniques des guidelines et des standards. Pour établir un parcours clinique, on fixe dans les détails un certain nombre d'étapes (processus) en tenant compte d'un déroulement des activités justifiable à la fois médicalement et juridiquement. Le meilleur traitement disponible est défini comme la référence à laquelle toutes les personnes concernées sont tenues de se tenir. Il est également possible, dans une optique d'optimisation de l'utilisation de ressources limitées, d'introduire dans ces parcours cliniques des considérations relevant de l'économie de santé.

Ce qui est particulier aux voies de traitement et les distingue des directives et des standards, c'est qu'elles combinent la médecine et la gestion d'entreprise

Les chemins thérapeutiques peuvent-ils aider à résoudre les problèmes?

Les parcours cliniques sont des instruments d'optimisation des processus: les structures à l'intérieur d'un hôpital peuvent être transformées à partir de leur organisation classique, basée sur une série de départements distincts, en une organisation fondée sur des processus dépassant les limites des différents services, postes et fonctions de l'établissement. Le système actuel qui s'appuie sur des fonctions distinctes est alors remplacé par des structures en réseau avec des interfaces améliorées, ce qui permet d'éviter les redondances. L'amélioration constante des processus au sens d'un «work in progress», où la priorité est donnée à la fois au patient et à la question des finances, autorise la standardisation de nombreuses activités, une meilleure gestion des risques et simultanément une prévention plus efficace des erreurs. Les différences constatées entre les prestations fournies n'ont pas toujours de justification médicale ou socioéconomique: dans certains Etats des Etats-Unis, un nombre deux fois plus élevé de coronarographies est pratiqué que dans d'autres (14 vs 28 pour 1000 habitants), bien que les chiffres des prostatectomies transurétrales – à titre comparatif, comme marqueur secondaire d'une couverture médicale équivalente – soient semblables [4]. Dans ce type de situation, les parcours cliniques peuvent être des outils de guidage utiles pour apporter de la transparence en matière de prestations, de résultats et de coûts. Ils permettent de collecter, périodiquement ou en permanence, les paramètres quantitatifs et qualitatifs caractérisant les performances et appelés dans le jargon économique les «key performance indicators». Des critères tels que la durée des séjours, la consommation de soins, les coûts des examens diagnostiques, mais aussi les délais écoulés entre les blessures et les sutures, peuvent ainsi être mesurés. Avec des modèles clairs de stratégies diagnostiques et thérapeutiques et la définition des critères autorisant la sortie de l'hôpital, les parcours cliniques peuvent aider à établir une attitude médicale raisonnable et adaptée aux différentes situations, à réduire les coûts et les durées excessives d'hospitalisation ainsi qu'à corriger les différences injustifiées entre les hôpitaux ou les régions. Idéalement, ils sont également des garants de bons rapports prix/performances. On ne sait pas encore avec certitude si les parcours cliniques seront à même d'améliorer la prise en charge médicale proprement dite. On estime que 80% des patients hospitalisés peuvent être insérés dans un nombre assez restreint de parcours cliniques. Il n'existe en effet, pour l'instant, des parcours cliniques scientifiquement établis que pour quelques processus planifiables. La gestion des accidents vasculaires cérébraux en phase aiguë, le syndrome coronarien aigu et certaines opérations de chirurgie élective comme les fractures de hanche en sont des exemples. Dans la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, ni une revue de Cochrane [5], ni une analyse rétrospective [6] n'a pu démontrer l'existence d'un quelconque avantage des parcours cliniques sur le traitement conventionnel en termes de morbidité, de mortalité, ou de durée d'hospitalisation. Seul le taux de réhospitalisation était diminué chez les patients traités selon l'approche des parcours cliniques. Une revue systématique effectuée dans le cadre du syndrome coronarien aigu [7] a mis en évidence un plus grand respect des recommandations diagnostiques et des guidelines pour le traitement, ainsi que des durées d'hospitalisation raccourcies lors de la mise en œuvre des parcours cliniques. Elle n'a en revanche trouvé aucun effet sur la morbidité et la mortalité globale.

Pour le traitement de la démence, une étude randomisée et contrôlée a par contre démontré une amélioration de la qualité de la prise en charge médicale grâce aux parcours cliniques [8]. Ceux-ci et les standards peuvent, par la mise en place de modèles de démarches diagnostiques et d'algorithmes de traitement, éviter des examens inutiles et contribuer à rendre les risques résiduels

raisonnablement supportables pour les médecins (par ex. renoncement à la recherche d'un cancer en cas d'embolie pulmonaire). Ils peuvent aussi aider à réduire – grâce à une responsabilisation globale du patient et de l'entourage – le fardeau pour la société (par ex. les risques liés aux rayonnements du CT Multi-Slice aux limites des champs d'indications). Un autre avantage potentiel est la meilleure documentation des prestations effectuées, associée à la possibilité de réunir des données importantes pour l'amélioration de la qualité (le délai jusqu'à la pose du diagnostic et la mise en route du traitement, les données relatives aux complications, à la morbidité et à la mortalité, les informations concernant la planification de la sortie, etc.).

Les dangers que recèlent les parcours cliniques

Les parcours cliniques représentent des processus complexes, nécessitant un travail administratif considérable pour leur mise en fonction et leur maintenance avec des révisions périodiques. Aujourd'hui déjà, selon le rapport de l'OCDE de 2006 [3], les coûts administratifs d'environ 4,8% propres à la Suisse sont plus élevés que chez nos voisins en France (1,9%) et en Italie (0,3%). Seule l'Allemagne dépasse ce chiffre (5,6%) avec son système de DRG déjà bien introduit. Il se pose d'autre part encore la question de savoir dans quelle mesure on pourra motiver des médecins, déjà très chargés dans leur activité quotidienne, à s'intéresser à ces nouvelles idées. Cela nécessiterait d'une part un soutien financier et logistique de la part de l'administration et il faudrait d'autre part pouvoir s'appuyer sur des «early adaptors», autrement dit des médecins respectés dans leur environnement local et ayant la volonté d'implémenter ces concepts sur le terrain. Les parcours cliniques n'entraînent pas forcément une réduction des coûts. Ils peuvent même renchérir les procédures de diagnostic – par ex. en augmentant le nombre d'examens requis pour se conformer aux guidelines. Chez les patients avec AVC pris en charge conformément au parcours clinique, le nombre de CT et d'examens Duplex était ainsi plus élevé [5]. L'obsession des objectifs économiques constitue sans aucun doute l'un des principaux dangers de l'implémentation des parcours cliniques. On peut aussi craindre que ceux-ci soient utilisés comme instruments de rationalisation. Le résultat de la thérapie – dans l'optique de l'obtention d'un bénéfice maximal pour les moyens engagés, autrement dit la production d'un maximum de santé – avec le but formulé ci-dessus doit dès lors être au centre des préoccupations. Cet objectif n'est cependant pas facile à décrire, ni à mesurer. Le principal danger de cette approche systématique de la prise en charge des patients réside dans la rigidité d'une médecine schématisée mettant trop l'accent sur les processus structurables. Le concept de l'«art de la médecine», qui se réfère à des valeurs telles que l'expérience et l'appréciation personnelle, risque d'être remis en cause, tout comme le caractère personnel du choix thérapeutique. La technicité de la médecine, si souvent décriée en raison de l'abandon d'humanisme qu'elle sous-entend, est un autre élément perçu comme un risque. Le patient doit donc rester au centre de ces changements, malgré toutes les innovations apportées au système et malgré toutes les mesures d'optimisation des processus de sa prise en charge.

Les voies de traitement sont des constructions complexes qu'on ne peut élaborer et maintenir qu'au prix d'un effort administratif considérable

Perspectives

Les parcours cliniques ne sont pas une solution garantie aux défis posés aujourd'hui aux systèmes de santé. Ils peuvent en revanche être des instruments médico-économiques pour intégrer un «disease management» moderne dans un paysage de politique de santé complexe, disposant de ressources limitées. Ils peuvent aussi permettre de jeter des ponts entre l'approche médicale et les contraintes économiques. Ils peuvent – surtout dans un cadre de collaboration multicentrique par Internet entre les hôpitaux – ouvrir la voie à une optimisation des interventions médicales et contribuer à une plus grande transparence dans les prestations, les résultats et les coûts au sein du système de santé. Ils offrent la possibilité – en particulier dans la perspective de l'introduction des DRG – de définir certains processus en tenant compte de la gravité de la maladie et des besoins en prestations, et ils vont permettre à l'avenir une meilleure comparaison des hôpitaux entre eux («benchmarking»). Ils peuvent aussi aider à rendre les risques résiduels raisonnablement supportables pour les médecins et à corriger les défauts constatés dans d'autres pays après l'introduction des DRG (par ex. une augmentation du nombre de patients instables après la sortie de l'hôpital et du nombre de placements dans les établissements de soins médicosociaux).

Correspondance:
Dr Gerd Laifer
Klinik für Innere Medizin
Stadtspital Triemli
Birmensdorferstr. 497
CH-8063 Zürich
gerd.laifer@triemli.stzh.ch

Références recommandées
– OECD Health Data 2008. Statistics and indicators for 30 countries. Paris: OECD Publishing; 2008. www.oecd.org/health/healthdata.
– Vuilleumier M, Pellegrini S, Jeanrenaud C. Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030. Neuenburg: BFS; 2007. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.Document.101691.pdf
– The Dartmouth Atlas of Health Care. http://www.dartmouthatlas.org/

Les références complètes et numérotées sont disponibles dans la version en ligne de cet article à l'adresse www.medicalforum.ch.

Behandlungspfade in der Medizin /

A propos des parcours cliniques («clinical pathways»)

Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

1 OECD Health Data 2008. Statistics and indicators for 30 countries. Paris: OECD Publishing; 2008. www.oecd.org/health/healthdata.

2 Vuilleumier M, Pellegrini S, Jeanrenaud C. Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030. Neuenburg: BFS; 2007. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.Document.101691.pdf

3 OECD, WHO. OECD-Bericht über Gesundheitssysteme – Schweiz. 2006.

4 The Dartmouth Atlas of Health Care. http://www.dartmouthatlas.org/

5 Kwan J, Sandercock P. In-hospital care pathways for stroke: A Cochrane Systematic Review. Stroke. 2003;587–8.

6 Taylor WJ, Wong A, Siegert RJ, McNaughton HK. Effectiveness of a clinical pathway for acute stroke care in a district general hospital: an audit. BMC Health Services Research. 2006;6:16–22.

7 Cannon CP, Hand HM, Bahr R, et al. Critical pathways for management of patients with acute coronary syndromes: an assessment by the National Heart Attack Alert Program. Am Heart J. 2002;143:777–89.

8 Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI, et al. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care. Ann Intern Med. 2006;145:713–26.