



**Expertise indépendante sur la pratique de  
la médecine hautement spécialisée  
viscérale à l'Hôpital de Sion – RSV - Valais**  
*par le Professeur Jean-Jacques Houben (mars 2014)*

*précédé d'un **Résumé du rapport** par Jean-Claude Pont*



Le rapport Houben est remarquable de précision et de rigueur scientifiques. Après l'enquête-alibi «Clavien Scheidegger», après l'enquête interne fantaisiste menée par la direction du RSV et Charles Kleiber, voici enfin la première vraie expertise et la seule publiée. Sa longueur, 97 pages, la technicité inévitable dans un texte de ce genre, exigent du lecteur une attention soutenue et un temps dont il ne dispose pas forcément. Le désir manifesté par plusieurs députés, les besoins de la CEP, de la presse, etc., nous ont incités à en produire un résumé substantiel, qui peut se lire facilement.

Les points positifs étant dans l'ordre des choses d'une profession, il ne nous a pas paru utile de les traiter en particulier. Mais nous avons choisi d'attirer l'attention sur eux, en indiquant les pages où on les trouve (voir bas de la page).

On entend dire de divers côtés que le rapport Houben rendrait la CEP superflue. Ce n'est assurément pas le cas. Il existe encore au RSV d'importants points noirs. Par exemple la question de la garde en cardiologie, assurée par des médecins qui résident à plus d'une heure de Sion. Alors que les standards imposent en Suisse un maximum de 30 minutes. Une lutte qui dure depuis plus de quatre ans n'a encore produit aucun effet. Récemment, une femme est décédée à l'Hôpital de Sion des suites d'un infarctus. Le médecin de garde, résidant dans la région lausannoise, est arrivé à Sion 90 minutes après l'annonce du cas. Par exemple encore, les problèmes de la psychiatrie.

Les extraits proposés ici sont des citations fidèles du texte du professeur Houben. A chaque fois est indiquée la page du rapport complet où on peut les lire dans leur contexte et dans leur intégralité. Nous avons jugé utile de donner, ça et là, des **commentaires explicatifs**.

Les points les plus graves de ce rapport ont été dénoncés, en 2009-2010 déjà, à l'autorité sanitaire valaisanne de l'époque; 4 ans plus tard rien n'a été fait par ces autorités pour améliorer la situation. Des patients sont morts dans l'intervalle, qui n'auraient pas dû mourir ... Pourquoi ces silences quand des vies étaient en jeu? La CEP répondra sûrement à cette pénible question.

#### **Des points positifs du rapport Houben :**

Haut de la page : 6, 7, 25, 46, 56, 69, 71, 72, 77, 84, 92, 93, 94

Milieu : 3, 6, 38, 44, 45, 72, 81, 82, 92, 93, 94, 96

Bas : 3, 5, 6, 25, 33, 46, 60, 63, 65, 66, 77, 92, 93, 96

Jean-Claude Pont





# Résumé du Rapport Houben

*par Jean-Claude Pont*

**Page 2**

*Depuis décembre 2009, le réseau hospitalier valaisan public [...] traverse une crise institutionnelle majeure.*

*[...] des expertises superficielles ne pouvaient pas apporter les solutions structurelles à cette problématique.*

*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.*

**Page 3**

*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» destinée à organiser un «think tank»<sup>4</sup> 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.*

**Page 4**

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.

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 contexte est très particulier et l'expertise menée dans un contexte tendu...

**Page 5**

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.

En **chirurgie oesophagienne**, 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 oesophagien 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.

La **chirurgie 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.

#### Page 8

### 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.

#### Page 12

Enfin, chaque expertise doit être validée anonymement par des observateurs indépendants spécialisés dans le domaine. Cinq cliniciens agrégés de l'ULB ont donc été consultés dans les domaines respectifs.

#### Page 13

L'observateur indépendant est frappé par le fait que la construction du RSV s'est plus voulue un assemblage et une rationalisation des moyens qu'une élaboration structurée et progressive. [...] La présence de plusieurs «clans» rend la collaboration difficile et freine l'élaboration des projets médicaux et la confiance entre certains services.

Cette ambiance apporte deux conséquences graves pour la conduite du «navire».

La première est la course à la communication à laquelle se livrent les divers niveaux de pouvoir et parfois certains «francs-tireurs». La conséquence est que l'on privilégie la communication à l'action.

#### Page 15

Il reste vrai que l'on peut demander quel est le calendrier des investissements à Sion. Un programme de développement hospitalier lourd à Sion est indissociable et solidaire des engagements financiers.

**Page 16**

Les journées passées dans l'hôpital et les échanges, parfois de plusieurs heures, avec des acteurs divers nous apprennent qu'une partie significative d'entre eux se sentent totalement démunis, seuls et parfois menacés.

Mais en revanche, ce qui semble causer un grand préjudice à la gestion du programme M.H.S. viscérale, c'est la nonreconnaissance du principe hiérarchique couplé à un sentiment d'impunité absolu. Sur le terrain, certaines infirmières et médecins déclarent souffrir d'un isolement inacceptable, voire de «mobbing». Il y a une sous-estimation de ce phénomène par les autorités. La peur ou la honte affichée par certains est le témoin de la gravité du problème.

Le manque de «culture RSV» laisse libre cours aux clans. Pourquoi cette absence de conduite, de charisme,... ? Pourquoi l'absence d'objectifs précis ? Pourquoi l'absence de tableaux de bords ? Pourquoi les Médecins Chefs sont-ils incapables de fournir rapidement les chiffres d'activités, leur rentabilité économique, plus grave, leur objectifs cliniques à 1, 2, voire 5 ans.

**Page 17**

Si l'on observe les relations entre Directions ou les rapports entre celles-ci et le Conseil d'Administration, de solides tensions existent. Il n'y a, vu de l'extérieur, aucun esprit réel «de corps». Il est donc évident que les praticiens hospitaliers le ressentent comme un manque d'encadrement, de soutien, de détermination managériale. Il est essentiel de repenser la MHS dans son cadre administratif et décisionnel.

**Page 18****6. Analyse médico-scientifique de l'activité chirurgicale hépatobiliaire (2011-2012)**

En outre l'Université Libre de Bruxelles détient une expérience et une réputation internationale dans le domaine. Avec une clinique d'hépatologie médicale historique, la réalisation de la première transplantation hépatique belge, et un centre de référence multihospitalier, notre environnement est familier avec les pathologies concernées.

Une relecture indépendante des résultats totalement anonymisés a été réalisée par le Prof. V. Donckier de Donceel, Chef de la clinique de chirurgie hépatobiliaire à l'Hôpital Erasme. La littérature internationale (Pubmed) 2000-2012 a été revue en terme de morbidité et mortalité opératoire.

**Page 19**

La proportion de pathologies associées est assez importante, mais elle semble plus liée à une certaine permissivité pré opératoire. C'est une supputation, car nous ne disposons d'aucune donnée sur les patients récusés pour une chirurgie lourde. Ce biais est consécutif au choix des autorités inter-cantoniales de privilégier les critères quantitatifs de chirurgie de résection, plutôt que des seuils de prise en charge par pathologie, quel que soit le choix thérapeutique.

**Page 20****Les pathologies tumorales [...]**

- 7 patients sont hors critères selon les recommandations, soit parce qu'aucune pathologie significative n'a été retrouvée par les pathologistes (ex : kyste hépatique banal, ... ..), soit parce que la motivation était extra hépatique (adénome vésiculaire calcifié, ....). Dans certains de ces cas, le problème réside dans un diagnostic préopératoire imprécis ou une indication opératoire franchement non validée.

**Page 22**

La classification de Child Pugh qui permet de mesurer le risque post opératoire est sommaire et inconstante. L'abord médical des patients sur le plan hépatologique ne semble pas accompagner les chirurgiens. 3 des 6 décès sont d'ailleurs dus à une hypertension portale monstrueuse, une comorbidité majeure et une insuffisance hépatocellulaire mésestimée.

La faiblesse du partenariat médico-chirurgical a un impact mesurable. Trois décès auraient pu être évités. Les patients n'auraient peut-être pas guéri, mais la mortalité opératoire tomberait de 14% à 6% !

La prise en charge d'une insuffisance hépato-cellulaire est médico-chirurgicale. Il semble évident que les chirurgiens opèrent depuis des années des patients sans le support hépatologique nécessaire. Pourtant la génération de médecins prestant au RSV a normalement été formée dans les centres universitaires respectant ces principes.

**Page 25**

En revanche, les pertes sanguines totales sont estimées à 1250 ml +/- 350 avec des extrêmes de 0 à 10.000 ml. Ces hémorragies concernent surtout 9 malades sur 35, soit 26%. C'est sans doute excessif, car la série inclut des gestes simples. La qualité de l'hémostase chirurgicale est fort liée à l'habileté et à l'expérience chirurgicale. Or, le RSV est un hôpital de formation. Il est donc probable que certains gestes soient délégués à un chef de clinique ou un assistant en formation.

*Commentaire explicatif: le tableau 2 (page 24) indique 54% de patients transfusés.*

**Page 26**

Comme relevé dans le Tableau 3, les complications per et post opératoires, sont fréquentes : 6 complications locales (17%), 3 fistules biliaires (9%), 12 infections abdominales ou pleuro-pulmonaires (34%).

## Page 28

**Tableau 4**

Quatre des 11 tumeurs primitives ont vu leur identification infirmée par le pathologiste.

Il s'agit d'une suspicion d'un cholangiocarcinome, de deux adénomyomes vésiculaires calcifiés et d'un cystadénome bénin.

Treize patients ont été opérés pour métastases. Dix d'entre elles ont été validées histologiquement.

Ont été invalidées : Un phéochromocytome insuffisamment documenté, un carcinome ovarien (indication «borderline»), un cancer colorectal dont on ne dispose pas d'histologie.

MHS RSV 2011 2012		
Résultats		
N	35	100%
<b>Décès</b>		
Total	6	17%
Après exclusion cas de TS	5	15%
Après inclusion des refus de levée	5	13,5%
<b>Anatomopathologie</b>		
Conforme	24	69%
Non-conforme	5	14%
Non utile	2	6%
Pas d'anatomopathologie	4	11%
En synthèse		
Itinéraire totalement validé	16	46%
Itinéraire non-validé	19	54%
Indication opératoire contestable	13	38%
Technique opératoire contestable	7	20%
Suivi perfectible	3	9%
* parmi les non-décédés		

## Page 29

Lorsque l'on analyse l'imagerie post opératoire, les tranches de section, la curabilité n'est pas obtenue chez 8 patients. Soit 38 %.

Cela signifie que la curabilité chirurgicale n'est atteinte que 6 fois sur 10.

- L'incidence des pathologies bénignes opérées est clairement augmentée. [...] L'anxiété d'une patiente ne constitue pas une indication opératoire. Plusieurs patients ont été opérés sans que l'on en comprenne la réelle indication.

## Page 30

- Deux hépatectomies pour abcès non drainés préalablement ne sont pas justifiées. Seule une résistance démontrée aux drainages percutanés peut entraîner un débridement et un drainage chirurgicaux.
- La stratégie oncologique dans les métastases synchrones et métachrones est peudocumentée et ne ressort pas clairement des dossiers.

Ceci fait dire que les indications opératoires dans les pathologies hépatiques bénignes et dans les pathologies vésiculaires ont été surestimées pendant la période étudiée.

Au RSV, 63 % de la pathologie opérée sont de nature maligne. L'étude de Poon montre 85 % de cancers.

## Page 31

La morbidité cumulée est excessive par rapport aux standards attendus. 57 % (voir tableau Clavien Dindo Demartines) par rapport à 32 % dans la littérature.

*Commentaire explicatif: ne pas confondre «mortalité» et «morbidité». Il s'agit de la morbidité post-opératoire, c'est-à-dire le nombre de complications survenues durant la période post-opératoire, complications classifiées selon une échelle de gravité.*

Avec 5 décès sur 37 patients, le RSV affiche une mortalité post opératoire de 13.5 %. Quelle que soit la méthodologie, elle est significativement excessive. A Genève HUG on affiche 1 %, à Paris Saint Antoine, 2%, à Bruxelles Erasme, 2 – 4 % au Japon, à Bruxelles CHIREC 2 %, en Multicentrique français, 3.5 %, et en multicentrique américains, 3.4 % ou 4.9 %.

La mortalité au RSV est donc excessive.

## Page 32

- Les bilans pré-thérapeutiques sont inconstants. Si l'imagerie est de grande qualité, la médecine nucléaire est peu utilisée, et l'intégration radio clinique fait défaut, en particulier dans les pathologies bénignes. Le refus ou le déni de la place des traceurs tumoraux dans le suivi des adénocarcinomes et des hépatocarcinomes interpelle.
- Les indications opératoires sont parfois mal documentées et certainement excessives dans les pathologies bénignes.
- Les traumatisés hépatiques ont parfois été soumis à des procédures chirurgicales risquées (Note 32: Une adolescente de 15 ans présentant un hémopéritoine sur fracture hépatique médiane a été laparoscopée avec un risque majeur d'embolie gazeuse. Ce ne fut pas le cas mais le décès aurait été inévitable en cas d'insufflation accidentelle des veines sus hépatiques).
- Les pathologies agressives (Cancer vésiculaire, Cholangiocarcinome multifocal, ... ont été opérées sans preuve d'un bénéfice thérapeutique attendu.

## Page 33

- L'environnement au Bloc Opératoire semble montrer des failles dans l'organisation de l'anesthésie. Présence inconstante des cadres anesthésistes pendant la MHS. Absence de départementalisation. Sur-responsabilisation des assistants et chefs de cliniques. Rôle ambigu des infirmiers anesthésistes à explorer. Manque de communication. Relations conflictuelles évidentes entre anesthésistes et chirurgiens, et même entre cadres d'anesthésiologie.

Le RSV possédait en 2011-2012 des compétences indéniables dans plusieurs spécialités relevant de la prise en charge des maladies justifiant le recours à la chirurgie viscérale qualifiée de MHS.

- Les itinéraires cliniques révèlent malheureusement des faiblesses : une carence en gastroentérologie médicale spécialisée, l'absence de support de suite notamment, hépatobiliaire. Insuffisance de support endotherapique, hépatologique et nutritionnel.

## Page 34

- On objective, sur le plan chirurgical proprement dit, un isolement du leader, une hétérogénéité d'expertise chirurgicale dans le staff, une agressivité chirurgicale parfois excessive, un suivi des complications manquant de réactivité, certaines prises de risques inconsidérées. On note aussi, une disponibilité clinique infaillible, un engagement thérapeutique, une connaissance avancée en anatomie chirurgicale, la maîtrise des technologies modernes (laparoscopie, échographie per opératoire, dissection par US ou CUSA, manoeuvres d'exclusion et de reconstruction vasculaire, ...). L'isolement ne favorise pas l'autocritique.
- Les dossiers de patients atteints de pathologie hépatique lourde recrutés au RSV doivent impérativement être soumis à une supervision multidisciplinaire médico-chirurgicale extérieure au RSV, tant que la structure médicale ne sera pas renforcée.
- Les hépatectomies peuvent être réalisées sur le campus de Sion dès 2014 à condition que l'acte chirurgical soit réalisé en totalité par un chirurgien digestif senior, qu'il soit assisté par un second chirurgien, et que l'anesthésie soit totalement pratiquée par un cadre du service d'anesthésie affecté et responsabilisé.
- Le colloque multidisciplinaire soumis ou retransmis à un observateur extérieur fera l'objet d'un rapport extensif signé et colligé dans le dossier informatisé. La corrélation anatomo-clinique sera systématique après chaque résection hépatique.
- Il est exclu de tolérer au sein de l'équipe MHS des conflits larvés, du harcèlement, des comportements inadéquats et anticonfraternels. L'apaisement et le dynamisme doivent être réinstaurés par la Direction du RSV avec détermination et autorité.

## Page 35

**7. Analyse médico-scientifique de l'activité chirurgicale oesophagienne (2011-2012)**

L'expertise révélera que la mortalité est conforme, mais que l'activité est insuffisante.

La présente étude porte sur une cohorte de **29** patients. Seuls **11** d'entre eux remplissent les critères établis par le CIMHS, 6 opérés en 2011, 5 en 2012.

*Commentaire explicatif: ainsi, seuls 5.5 patients répondant aux critères MHS ont été opérés par année, alors que l'attribution par la CDS demandait au moins 10 cas par année.*

Tableau 10

<b>MHS Résultats Oesophagectomies</b>		
N	11	
Décès	1	9%
Soins de suite**	6	60%
En synthèse		
<i>Itinéraire totalement validé</i>	8	73%
<i>Itinéraire non-validé</i>	3	27%
<i>Indication opératoire contestable</i>	3	27%
<i>Technique opératoire contestable</i>	3	
<i>Suivi perfectible</i>	0	

### 7.2.2 Concernant la morbidité

Elle est importante sans qu'une preuve de déviation ne soit démontrée. Les patients pris en charge constituent des défis chirurgicaux majeurs.

### 7.2.3 Concernant la mortalité

L'expertise est confrontée à une casuistique trop limitée. Un décès consécutif à une condition générale gravissime est lié à une indication opératoire excessive.

Les indications opératoires oncologiques sont correctement documentées, mais agressives pour le Syndrome de Boerhave.

L'environnement gastroentérologique médical est inconstant, que ce soit sur le plan de l'implication diagnostique, clinique ou même thérapeutique.

L'environnement au Bloc Opératoire semble correct sous une substantielle réserve. 9 anesthésistes, dont 7 n'ont anesthésié qu'une oesophagectomie en deux ans. S'ils disposent d'une expérience hebdomadaire en résections pulmonaires, la situation est tangible. Mais le moins que l'on puisse dire est que les cadres anesthésistes sont peu enthousiastes de collaborer dans ce secteur. Ici aussi, le mandat doit être précisé.

- La pratique de la chirurgie oesophagienne pendant la période considérée (avant l'attribution du mandat MHS) présente une activité insuffisante (11 cas indubitables). L'essentiel de l'activité opératoire est assumée par le Chef de département. Le recrutement actuel ne permet pas de maintenir l'expérience de toute une équipe. La littérature confirme cette assertion. 48 . En outre il est démontré que des vies peuvent être épargnées par la centralisation des malades, lorsque le volume est insuffisant.

- On objective, sur le plan chirurgical proprement dit, une maîtrise technique indéniable un isolement, une agressivité chirurgicale excessive dans les pathologies aiguës. On note aussi, une disponibilité clinique correcte, un engagement thérapeutique, une connaissance avancée des curages ganglionnaires.

## Page 47

- Les dossiers de patients atteints de pathologie oesophagienne lourde recrutés au RSV doivent impérativement être soumis à une supervision multidisciplinaire médicochirurgicale extérieure au RSV.
- Les oesophagectomies devraient être transférées et réalisées dans un centre universitaire ayant au moins une pratique annuelle de 20 cas. Le traitement médicochirurgical des perforations oesophagiennes doit bénéficier des techniques moderne d'endoprothèse.
- Il faut engager un consultant expérimenté en échocoscopie et en endothérapie du T.D. supérieur.

## 8. Analyse médico-scientifique de l'activité chirurgicale pancréatique (2011-2012)

## Page 51

Tableau 12 : Indication à une DPC en fonction en fonction du diagnostic.

Pathologie			DPC
Adénocarcinome pancréas*	19	63%	Appropriée
Ampullome	0	0%	Appropriée
Tumeur neuroendocrinienne	2	7%	Appropriée
Cystadénome muqueux	0	0%	Appropriée
Adénocarcinome gastrique	1	3%	Controversée
Adénocarcinome colique	1	3%	Controversée
Pancréatite chronique	3	10%	Controversée
Cystadénome séreux	3	10%	Inappropriée
Cholécystite (Mirizzi)	1	3%	Inappropriée

\* 1 cas avec tumeur neuroendocrinienne en sus

Près d'un quart des indications chirurgicales pancréatiques peuvent être dénoncées. 76 % sont suspectés de présenter une tumeur maligne. On note un cancer primitif colique, un cancer primitif gastrique et une néoplasie des voies biliaires.

3/30 soit 10 % sont des lésions kystiques sans preuve de dangerosité.

## Page 52

La possibilité d'un conflit vasculaire est établie chez 7 malades, soit 24 %.

*Commentaire explicatif: le bilan préopératoire chez 7 patients aurait dû mettre en évidence ce risque d'atteinte vasculaire qui entraînait un danger lors de l'intervention.*

Huit malades ne disposent pas, dans le dossier, d'un rapport de colloque multidisciplinaire enregistré et, lorsque ce colloque a eu lieu, il fut 14 fois réalisé **après l'intervention chirurgicale**. Cela a peu de sens, car c'est précisément la discussion collégiale préalable qui consolide l'indication opératoire.

A supposer que des entretiens avec les radiologues et les gastroentérologues aient bien eu lieu, l'absence de rapport interdit, 22 fois sur 30, toute évaluation ultérieure de l'itinéraire clinique et de l'indication opératoire.

## Page 54

La durée opératoire moyenne est de 6 heures. C'est excessif lorsque l'on compare aux autres équipes en Europe. Depuis l'avènement de la dissection ultrasonique, la durée moyenne est inférieure à quatre heures en laparotomie. Cette problématique est clairement liée à l'indication opératoire. Plus on élargit les indications, plus les malades deviennent irrésécables, voire inopérables.

Les pertes sanguines évaluées à 1500 ml en moyenne avec un maximum de 11.500 ml (soit deux fois la masse sanguine totale d'un individu) confortent l'hypothèse que certaines indications opératoires sont discutables en terme de résécabilité raisonnable.

Alors que les opérations sont longues et difficiles, on applique le principe de non drainage chirurgical qui signifie une chirurgie sans parachute.

Personne ne prétend que le drainage réduit l'incidence des fistules ou des hémorragies. Mais tous s'accordent pour affirmer que le drain est un excellent indicateur des fuites dont la reconnaissance est essentielle.

## Page 55

Appliquer des principes rigides, lorsque l'activité opératoire est incertaine, témoigne d'une certitude chirurgicale qui s'oppose au principe de vigilance et de prudence que les patients attendent d'une équipe non universitaire.

## Page 56

La durée moyenne de séjour hospitalier est de 30 jours. On relève de nombreux séjours prolongés aux Soins Intensifs. Ces séjours prolongés à cause d'une morbidité excessive par rapport aux standards s'expliquent par 17% de fistules biliaires, 20% de fistules pancréatiques majeures, 7 % de fistules gastriques, 30% d'hémorragies et 33% d'infections.

Un patient présente un drame vasculaire pos-opératoire qui grève la mortalité. Il faut rappeler que trois patients opérés en 2013 font aussi l'objet d'une analyse. Le problème de mortalité après reconstruction «héroïque» des vaisseaux majeurs n'est donc pas anecdotique.

*Commentaire explicatif: le mot «héroïque» caractérise un acte chirurgical à considérer comme extrêmement risqué, pouvant entraîner des complications graves.*

Le compte rendu anatomopathologique qui confirme ou infirme le diagnostic préopératoire nous apprend aussi le niveau de légitimité de l'indication opératoire : 23 % des résultats ne confirment pas l'indication chirurgicale (**Tableau 14**).

**Tableau 15** : Synthèse des résultats pour les pancréatectomies au RSV

Résultats		
N	30	100%
Décès	6	20%
En synthèse		
Itinéraire totalement validé	17	57%
Itinéraire non-validé <sup>59</sup>	13	43%
Indication opératoire contestable	8	27%
Technique opératoire contestable	9	30%
Suivi perfectible	6	20%

En revanche, si l'on analyse la curabilité de la maladie, on peut estimer que seuls 58 % des patients ont vu leur pathologie éradiquée par l'opération. La plupart du temps à cause d'un stade avancé de l'affection.

Le **Tableau 15** résume les résultats pour les pancréatectomies au RSV.

Sur 30 cas, il y a 6 décès (20%). 43% des itinéraires ne sont pas validés par l'expert.

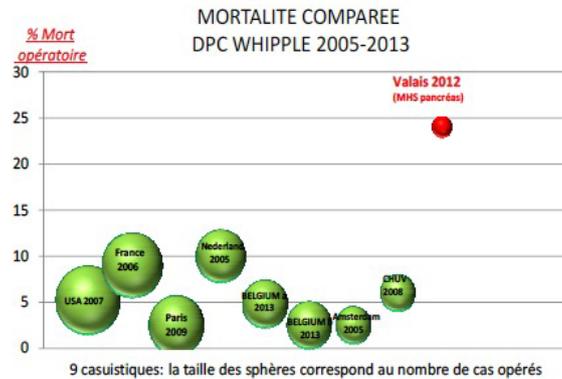
## Page 57

Les résultats observés dans la présente expertise concernant la MHS, ne sont pas aisément comparables à ceux de la littérature internationale. Mais l'écart avec les résultats de la communauté chirurgicale internationale et suisse est indéniable.

*Commentaire explicatif: à la page 57, le Prof. Houben présente les standards internationaux en matière de MHS, montrant qu'au cours de ces 3 dernières décennies, les techniques chirurgicales se sont considérablement améliorées.*

Un élément remarquable parmi d'autres est que la recommandation de **détection des fistules biliaires connues de tous passe par la mesure du débit biliaire éventuel du drain de Jackson Pratt** posé dans le hiatus de Winslow. Pour rappel, aucun drainage n'est jamais posé au RSV.

Fig.10 : Mortalité comparée aux séries récentes publiées



Le Bench Marking démontre que les patients valaisans sont soumis à une mortalité significativement élevée (minimum le double voire le triple) en comparaison aux centres étrangers.

Suite aux remarques émanant de certains administrateurs et cliniciens du RSV, l'auteur a resserré les méthodes de calcul des mortalités. Par souci de prudence et de respect pour le profil des pathologies peu comparables à ceux de la littérature, pour des raisons, déjà explicitées d'indications opératoires, l'auteur réexprime les différentes méthodes de présentation de la mortalité opératoire.

Pour rappel, cette mortalité est actuellement le plus souvent calculée en mortalité hospitalière (sans limite de temps) ou à mortalité à 60 et parfois 90 jours.

Voici les résultats de ces recomptages :

<u>Mortalité hospitalière brute en chirurgie pancréatique MHS RSV:</u>	6/30	<b>20 %</b>
<u>Mortalité hospitalière des DPC selon Whipple RSV :</u>	6/21	<b>29 %</b>
<u>Mortalité hospitalière des DPC sur les cas validés malins et curables :</u>	3/18	<b>17 %</b>
<u>Mortalité à 30 jours (excluant 2 patients décédés dans les suites à 40 et 120 j) :</u>	2/21	<b>19 %</b>

La littérature est unanime sur une mortalité attendue de moins de **5 à 10 %**. Quelles que soient les méthodes de mesure, il est incontestable que la mortalité est excessive et qu'il faut la réduire.

*Commentaire explicatif: le terme «brut» indique que l'on a pris en compte l'ensemble des opérations sur le pancréas quel que soit leur niveau de complexité.*

La comparaison des temps opératoires, des pertes sanguines et transfusions, des durées de séjours est éloquent. Dans la série valaisanne 2011-2012, les temps opératoires, les pertes sanguines et transfusions, et les durées de séjours sont clairement excessifs.

## Page 59

Le CHUV (Petermann et al. 2008) a publié, avec une honnêteté scientifique remarquable, une morbidité post DPC selon Whipple de 48 %. Au RSV, elle atteint 73 %. La différence est significative à 0.05 (Fisher) et 0.06 (Khi<sup>2</sup>).

L'expertise des pathologies pancréatiques concernées par la MHS, démontre qu'il n'y a eu que 30 patients opérés en deux ans. Cette activité est substantielle, mais il faudrait en soustraire les indications inappropriées, ce qui réduit l'activité d'un tiers.

L'analyse des 30 dossiers confirme que les recommandations oncologiques sont souvent suivies, mais que la résecabilité est clairement surestimée.

Les indications opératoires oncologiques sont parfois correctement documentées, mais agressives sur le plan vasculaire.

L'environnement gastroentérologique médical est inconstant, que ce soit sur le plan de l'implication diagnostique, clinique ou même thérapeutique. Il semble de plus en plus évident que la confiance doit être restaurée entre les gastroentérologues et les chirurgiens digestifs.

L'environnement au bloc opératoire semble correct sous une substantielle réserve. On ne retrouve aucun anesthésiste titulaire dédié à cette lourde pathologie.

La mortalité accrue en Valais est directement liée à l'inclusion de pathologies controversées, au temps opératoire, aux transfusions excessives. Les 9 malades décédés étudiés (4 en 2011, 2 en 2012 et 3 en 2013) ont été anesthésiés par 8 anesthésistes différents, mais opérés par 1 seul chirurgien.

## Page 60

#### 8.4 Conclusions et Recommandations MHS Pancréas

- Les itinéraires cliniques révèlent une faiblesse dans le staging préopératoire, une carence en pancréatologie médicale, l'absence de support endotherapique et nutritionnel.
- On objective, sur le plan chirurgical proprement dit, une maîtrise technique de l'opérateur principal. Néanmoins, les décisions per-opératoires apparaissent quelquefois inappropriées. L'isolement et l'agressivité chirurgicale conduisent à des gestes vasculaires risqués qui ne tiennent absolument pas compte de l'intérêt réel du patient et surtout de sa capacité à les supporter. On note aussi une disponibilité clinique correcte (lorsque l'opérateur est présent<sup>74</sup>) et un engagement thérapeutique. (Note 74: Les praticiens bénéficient de nombreuses semaines de congé et d'une journée académique. Les week end sont souvent assumés par les assistants et chefs de clinique moins expérimentés surtout en MHS. La vigilance s'en trouve amoindrie, après le départ des soins continus, en particulier parce que la collaboration entre les médecins chefs n'est pas optimale)

## Page 61

- Le suivi des malades n'est pas suffisamment encadré. Les passages en soins intensifs et continus ne dispensent pas d'une vigilance et d'une prévoyance chirurgicale absolue dans ces cas difficiles.
- Les dossiers de patients atteints de pathologie pancréatique recrutés au RSV doivent impérativement être soumis à une supervision multidisciplinaire médico-chirurgicale extérieure au RSV, par exemple avec le CHUV. Cette procédure doit permettre de limiter les actes audacieux et les complications vasculaires inutiles.
- Certaines précautions en termes de sélection des malades (gériatrie), de précautions techniques, et de suivi doivent être imposées au titulaire de l'activité.

**9. Analyse médico-scientifique de l'activité chirurgicale rectale lourde (2011-2012)**

## Page 69

31 anesthésistes différents pour 58 malades. Interpellant. La MHS exige des équipes rôdées ; or, une fréquence annuelle de un cas par an augure mal de la complicité professionnelle nécessaire à une performance de qualité.

Le taux de coelioscopie dans la présente casuistique est de 36 %.

Il est inférieur à celui des équipes les plus entraînées en Europe. Soit les antécédents et la comorbidité des patients contraindiquent l'abord coelioscopie, soit l'équipe du RSV n'est pas fort motivée par la coelioscopie.

En revanche, la reconstruction colo-anale est absente de cette casuistique. Il est permis de postuler que 1 malade sur 6 aurait pu bénéficier d'une intervention sauvant l'appareil sphinctérien, épargnant, dès lors, des colostomies définitives.

*Commentaire explicatif: en clair, on a préféré construire un anus artificiel, plutôt que d'utiliser de nouvelles techniques chirurgicales demandant une bonne expertise et permettant de sauver la fonction anale.*

## Page 71

La durée moyenne d'hospitalisation est de 20 jours. On est loin des courts séjours de type «fast track». La corrélation entre la durée d'hospitalisation et le profil de pathologie n'est pas choquant. Cependant le taux de fistules anastomotiques observé «plombe» les résultats.

On dénombre **26 % de fistules** et 11 hémorragies nécessitant transfusion. La transfusion est un facteur péjoratif en oncologie chirurgicale, car elle altère la réponse immunitaire indispensable à la réduction des récidives.

## Page 72

La stratégie oncologique est documentée et souvent présentée en colloque. Cependant, conformément à toutes les recommandations internationales, la mise au point doit comporter un dosage pré-thérapeutique du CEA (marqueur tumoral).

*Commentaire explicatif: une simple prise de sang en préopératoire permet de doser des marqueurs tumoraux (CEA et autres). Ils sont utilisés après l'intervention, par exemple pour déterminer une éventuelle récurrence. Ce standard retenu dans les centres de chirurgie colorectale n'est pas respecté à Sion.*

## Page 73

Concernant la morbidité

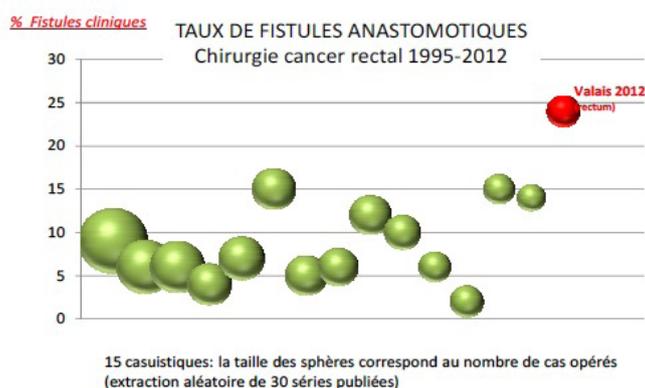
Elle est en partie liée à la comorbidité préopératoire des patients admis.

Globalement elle est de 69 %. Seuls 31 % des patients colectomisés ont échappé à toute complication. Cossa parle de 30 %, mais il inclut les colectomies droites. En revanche, les patients ont plus de 75 ans ! Notre expérience, selon des critères sévères identiques se rapproche de 40 %.

Deux paramètres semblent dévier des standards : le taux de fistules anastomotiques est important (24 %), alors que la littérature mentionne des taux variant entre 8 et 12%.

## Page 74

**Fig.15 :** Incidence des fistules post-opératoires comparée (30 séries comparables)



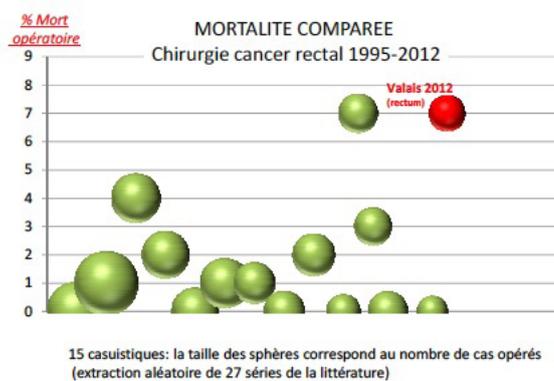
En terme de qualité, la casuistique valaisanne n'est pas parmi les leaders en Europe, Asie et USA.

## Page 75

Tenant compte que ces importantes séries datent, pour certaines, de plus de 15 ans, on peut affirmer qu'il y a moyen de faire mieux, d'autant que le nombre de malades non anastomosés est important. En comparant le nombre de fistules au nombre réel d'anastomose colorectales, on approche un malade sur deux. Excessif ! On peut invoquer un problème technique dans la réalisation des agrafages mécaniques.

Une durée moyenne de séjour de 19.5 +/- 10 jours confirme une morbidité post opératoire importante.

**Fig.16 :** Incidence de la mortalité postopératoire après chirurgie rectale



## Page 76

Résections colorectales : le SMR est à 2.1 en 2011 (1.2 en 2008-10), ce qui correspond à 16 décès au lieu de 8 attendus. Les résultats 2010 indiquaient déjà une surmortalité (SMR : 1.5; 12 décès observés contre 8 attendus).

*Commentaire explicatif: le SMR est le rapport entre le taux observé de décès de la série étudiée et le taux de décès de la population de référence, en l'occurrence les patients suisses opérés des mêmes pathologies. Si le SMR est égale à 1.0 cela signifie que la moyenne de décès observés est égale à celle attendue. Si elle est supérieure à 1, alors le nombre de décès est plus grand que le nombre de décès attendus.*

Sur les 151 résections colorectales réalisées au CHCVs en 2010, une mortalité de 7.9% était observée, ce qui correspond à 12 décès. La mortalité attendue était de 5.2%, ce qui correspond à 8 décès. Sur les 154 résections colorectales réalisées au CHCVs en 2011, une mortalité de 10.4% était observée, ce qui correspond à 16 décès. La mortalité attendue était de 5.0%, ce qui correspond à 8 décès.

Les deux analyses indépendantes se renforcent en 2010, 2011 et 2012. On peut affirmer qu'il existe une surmortalité au RSV- Site de SION en chirurgie colorectale MHS et non MHS.

Les indices sont normaux au SZO, au Chablais et à Valère.

## Page 77

On déplore l'absence de chirurgie coloanale conservatrice. Le choix de recourir systématiquement à l'amputation abdomino périnéale (AAP) est regrettable en 2011-2012.

## Page 82

## 9.5 Conclusions et recommandations

## Page 83

- Les itinéraires cliniques révèlent une faiblesse dans le staging préopératoire. Il faut un cadre ferme guidé par un(e) coordonateur (trice) et une systématisation des staging. Colloque obligatoire avant tout traitement.
- On objective, sur le plan chirurgical proprement dit, une maîtrise technique relative d'après les résultats techniques et un isolement des opérateurs qui collaborent peu. Si la TME est respectée, avec marges saines, lymphadénectomies sécurisées, la confection des sutures pose problèmes.
- **Il faut revoir les procédures d'anastomoses colorectales et colo-anales. Les désunions précoces doivent être évitées. Quant au suivi post opératoire, il présente des failles de causes multiples dont le manque de collégialité et d'esprit d'équipe. Une supervision et un coaching technique sont indispensables et urgents.**
- **Il faut engager un consultant expérimenté en échocoscopie et entreprendre une politique active de recrutement en établissant des partenariats (gastros privés, Clinique de Valère, Viège, Brigue....).**
- **La préservation de la fonction sphinctérienne n'est pas la priorité. Elle doit l'être.**
- **Il est inconcevable que le RSV invite des chirurgiens visiteurs qui ne s'impliquent pas. L'absence de comptes-rendus, de protocoles, et de suivis personnalisés est nuisible. Chaque opérateur doit voir son rôle officialisé et cadré sous peine de voir une activité hospitalière éparse, aléatoire et non-contrôlable sur le plan qualitatif.**

Sur le plan médico-scientifique, l'étude isolée de ces cas n'a apporté aucun élément supplémentaire ou argument invalidant les constatations de la casuistique 2011-2012. Les pratiques sont restées inchangées : bilan frustré, patients fragiles, prise de risques opératoires, ...etc.

## Page 84

Considérons le bloc opératoire. L'agencement architectural est inadéquat. Le quartier opératoire est inadapté aux technologies modernes. Certes, des aménagements ont été ordonnés, mais il manque de l'espace ; la salle 4 affectée à la chirurgie viscérale est obsolète. La planification d'un nouveau quartier opératoire est en chantier. Ceci dit, les locaux n'empêchent en rien une chirurgie de pointe, même si celle-ci manque de confort.

Certes, les entretiens avec la Direction du Nursing ont été constructifs, mais sur le terrain, la tension est perceptible vis-à-vis de la MHS viscérale.

Concernant plus précisément la MHS, il est clair qu'un coordonateur (ou coordonatrice) est indispensable. L'enregistrement des malades, leur conduite au sein de l'itinéraire clinique et le respect des procédures passent par un moyen administratif. Le recours à du bénévolat ou aux montages privés en 'société indépendante' ne peut remplacer une structure professionnelle.

#### Page 85

Au sein du Département de gastroentérologie, on compte plusieurs consultants part time, en «décalage» par rapport au projet. Un médecin impliqué dans le Haut Valais tente de répondre à la demande endoscopique biliaire, mais reste isolé. Deux nouveaux candidats prometteurs sont en lice.

Il n'y a pas d'unité d'hospitalisation, pas de pH métrie, pas de manométrie, pas d'échoendoscopie, pas d'élastométrie, pas d'endothérapie pancréatique, pas d'unité de nutrition clinique, pas d'unité MICI96. Bref, la gastroentérologie est assez virtuelle et non adaptée à la MHS.

#### Page 88

### Chirurgie viscérale

En 6 mois, le département de chirurgie viscérale a été ébranlé par d'intenses secousses.

Trois propositions :

- [...]
- Planifier un agenda avec le CHUV, partenaire privilégié, et fixer les bases de travail pour l'année. A notre avis, le chef démissionnaire doit être écarté du processus décisionnel en MHS. Rencontrer le CHUV sur un plan équitable exige une mise-à-plot rapide des dysfonctionnements.
- 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.
- [...]
- Cessation immédiate des agressions interpersonnelles bilatérales et cadrage des limites comportementales

## Page 89

**Coopération avec les hôpitaux universitaires**

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

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*.

## Page 90

L'architecture de la gouvernance hospitalière ne peut être ignorée par les cliniciens responsables de la conduite d'un programme de chirurgie ambitieux.

C'est ainsi que les acteurs de la MHS attendent le soutien et l'implication de la direction exécutive dans ce projet. L'appui fort de la Direction dépend du Conseil d'administration. Son rôle est bien entendu défini particulièrement dans le contrôle de la gestion médicale. Le Conseil d'administration qui délègue la conduite d'un programme de soins fait confiance aux cliniciens responsables. La confiance réciproque des acteurs hospitaliers envers les administrateurs est essentielle. Il faut qu'un hôpital se reconnaisse dans son Conseil d'administration.

L'institution n'apparaît pas clairement identifiée au sein du Conseil. Les relais manquent et la majorité du Conseil d'Administration semble peu connaître les enjeux quotidiens rencontrés.

## Page 91

L'absence de représentation médicale hospitalière au Conseil d'administration et l'absence de relais de la gouvernance vers le terrain altèrent non seulement l'harmonie nécessaire mais aussi la communication.

La structure exécutive est complexe au RSV. On pourrait réduire ou redéfinir temporairement le nombre de postes afin que les Chefs de départements et les médecins n'aient qu'un interlocuteur engagé.

Aux yeux de la plupart des praticiens hospitaliers, il existe une ambiguïté : certains se plaignent d'un manque de participation et de démocratie. Un véritable Conseil Médical n'existe pas. On relève donc des frustrations qui se transforment en animosité.

D'autres pratiquent leur activité dans un climat d'individualisme et de repli certain. Leur implication diminue.

Le statut du praticien hospitalier doit être repensé. Cadre, médecin staff, consultant, partenaire universitaire... Les temps de travail, les rémunérations, les activités privées devraient être redéfinis. Le règlement d'ordre intérieur doit être repensé.

Page 92

## 15. Conclusions générales

Page 95

Venons-en aux coopérations inter-cantoniales et inter-universitaires. Le RSV doit s'affranchir vis-à-vis de toute suzeraineté. Accueillir des consultants extérieurs, établir des partenariats sans donner le monopole à quiconque. Voici la clé d'un succès.

**Efficienc**e : l'efficienc

**Equité** : Il n'existe aucune «équité» médicale au sein du RSV en matière de MHS. Au niveau du département chirurgical, certains en sont exclus, certains sont tolérés, certains bénéficient des privilèges acquis. Au sein de la répartition des tâches, il existe des discordances pour un même niveau hiérarchique. Sur le plan des rémunérations, les barèmes ne semblent pas équivalents, ni en chirurgie ni en anesthésiologie. En gastroentérologie, une opacité règne. Pour certains, la pratique privée prédomine. Comment construire un service dans de pareilles circonstances ?

**Responsabilité** : Au RSV, au cours de dizaines d'entrevues, le mot fut tabou. Personne n'ose évoquer le terme de responsabilité. A aucun moment, nous n'avons ressenti le regret, le remords...

Page 96

Les règles du jeu sont floues à Sion. L'absence de concertation avec le corps médical, l'absence d'autonomie de l'exécutif, un R.O.I. obsolète<sup>98</sup>, apportent un flou hiérarchique et le manque de conduite.

Une redéfinition des procédures est indispensable. Et tout ira mieux !

*Commentaire explicatif: les pages 92-94 contiennent les «Conclusions générales». On les lira avec profit. On peut les compléter par un résumé que le Prof. Houben avait préparé pour ses présentations internes. De ce document, nous extrayons la partie B. «Cadre organisationnel».*

## B. Cadre organisationnel

<b>Gouvernance</b>		
Niveau départemental Chirurgical viscéral	Contrôle des procédures. Crédibilité auprès de certains partenaires. Qualité clinique du staff.	Autorité excessive et répartition des tâches opératoires inadéquates. Manque de charisme. Manque de considération vis-à-vis des collaborateurs.
Niveau Direction de sites	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 MHS. 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.

