

La fausse route des hôpitaux suisses à partir d'une bonne idée

A la recherche d'indicateurs de qualité pour les hôpitaux suisses...

Thierry Carrel

Directeur Service de chirurgie cardiovasculaire de l'hôpital universitaire de Berne, Hôpital de l'Ile

Dans le rapport actuel de l'OFSP sur les indicateurs de qualité des hôpitaux suisses en 2011, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) publie, en coopération avec l'Office fédéral de la statistique (OFS), les données de 300 hôpitaux et maisons de naissance en Suisse: le nombre de cas, les pourcentages et les taux de mortalité de certaines entités cliniques peuvent être consultés par hôpital et comparés. C'est une initiative louable, même si jusque-là, seuls certains hôpitaux publiaient dans leurs rapports annuels ou sur leur site web des performances non validées (et le plus souvent gonflées).

L'éclat trompeur de cette nouvelle transparence

L'OFSP défriche le terrain dans ce domaine, et commente ainsi cette démarche: «Les indicateurs ont pour objectif d'une part de permettre à l'opinion publique d'avoir un aperçu de l'activité des hôpitaux qui sont en grande part financés par les primes des assurances maladie et par les impôts, d'autre part de donner aux patients la possibilité de choisir leur hôpital en se basant sur des faits.» C'est justement cette seconde intention qui suscite la polémique, car pour choisir son hôpital, le patient doit pouvoir se fier entièrement aux chiffres publiés. Même si cette nouvelle transparence et la véritable comparabilité qu'elle vise sont séduisantes, elles sont en fait trompeuses.

Un processus imparfait qui aboutit à des différences criantes

A la lecture du rapport de l'OFSP, certaines cliniques se sont étonnées: elles constataient d'importantes différences entre leurs propres chiffres concernant le nombre des cas, chiffres que les médecins consignaient scrupuleusement depuis longtemps déjà à des fins internes, et ceux publiés dans le rapport. Les données du rapport ne viennent pas des cliniques elles-mêmes mais ont été fournies par les administrations des hôpitaux, qui les transmettent à l'Office fédéral de la statistique à partir du codage des prestations, conforme à la CIM et à la classification CHOP, codage qui, via Grouper, a alimenté les AP-DRG jusqu'en 2011 et alimente depuis 2012 les SwissDRG. Mais ces données hautement sensibles apparaissent en quelque sorte comme des sous-produits de la facturation des forfaits par cas. Et c'est justement là que le bât blesse.

Sur le terrain, ce processus s'avère imparfait quand il s'agit d'attribuer des indicateurs de prestations (nombre de cas, taux de mortalité, diagnostics et trai-

tements) à un traitement précis. Ne serait-ce que pour le nombre de cas, il existe déjà des différences criantes entre les données des cliniques et celles de l'OFSP. Ces écarts sont essentiellement dus au système de codage, car pour le décompte suivant les DRG, les caractéristiques prises en compte pour un patient ou un traitement sont totalement différentes de celles qui servent à établir des statistiques exploitables.

Résultat confus du codage

On observe des singularités encore plus manifestes dans les listes OFSP des diagnostics principaux et secondaires et des traitements principaux et supplémentaires. Heureusement, elles n'ont pas été publiées. Elles sont restées confidentielles et n'ont été rendues accessibles qu'à l'hôpital concerné. Ainsi, ces prétendus diagnostics «principaux» et «secondaires» ne reflètent pas la vision des cliniques mais sont un résultat confus du codage. Non seulement le choix des diagnostics principaux et secondaires, et des traitements principaux et supplémentaires, est souvent complètement arbitraire, mais il est aussi absurde, voire même parfois ridicule.

Exemple: «Services impliqués»

Prenons comme exemple de ce qui n'est pas dénombrable la statistique de l'OFSP sur les pontages aorto-coronariens:

Sous la rubrique «Services impliqués», les chiffres suivants sont cités pour ma clinique: chirurgie, nombre de cas 648; médecine intensive, nombre de cas 13 (!). Dire que notre unité de soins intensifs n'a été impliquée que dans 13 cas est vraiment absurde. En réalité, chacun des quelque 700 patients ayant subi un pontage coronarien est passé par notre unité de soins intensifs après son opération. Sans autre explication, ces chiffres ne disent rien. Les 13 cas en question sont probablement ceux des patients qui ont quitté l'hôpital directement en sortant des soins intensifs. On ne peut que faire des suppositions pour expliquer comment cette erreur a pu se produire: dans le système DRG, le service d'où sort le patient joue un rôle important. Et de façon troublante, l'OFSP s'est basé sur le système DRG pour établir ses statistiques.

Exemple: «Traitements supplémentaires»

Bizarrement, le traitement supplémentaire le plus courant lors d'une opération des coronaires est appelé «cardioplégie» et celui le plus utilisé ensuite est nommé «Stimulateur cardiaque temporaire peropéra-

Correspondance:
Prof. Dr Thierry Carrel
Directeur Service de chirurgie cardiovasculaire de l'hôpital universitaire de Berne
Hôpital de l'Ile
Freiburgstrasse 18
CH-3010 Berne

toire». Les deux sont des mesures de routine dans le cadre d'une opération du cœur et non des traitements. Soit dit en passant, cette façon de présenter les choses donne l'impression qu'une intervention coronarienne nécessite très souvent l'implantation d'un stimulateur cardiaque. En réalité, lors de chaque opération du cœur, par sécurité, les électrodes d'un stimulateur cardiaque sont placées sur le cœur et sont retirées quelques jours après. De ces inoffensives électrodes de stimulateur cardiaque provisoire (deux petits fils, rien de plus), le rapport de l'OFSP fait un «Stimulateur cardiaque temporaire peropératoire». Comment le profane peut-il faire la différence et s'y retrouver?

Un autre traitement supplémentaire cité parmi les plus souvent administrés est la «circulation extra-corporelle avec une machine cœur-poumons». En réalité, l'utilisation de la machine cœur-poumons n'est pas un traitement, c'est un dispositif technique qui assure la fonction de pompe du cœur pendant l'opération.

Au summum de l'absurde, parmi les traitements supplémentaires les plus utilisés, sont cités les «ultrasons peropératoires». Magnifique! Tout profane sait que l'échocardiographie périopératoire sert au diagnostic et au contrôle de la qualité utilisé pendant l'opération et ne constitue donc pas un traitement.

Exemple: «Diagnostics secondaires et principaux»

Parmi les «diagnostics secondaires (!) les plus courants», on lit, en troisième position, dans le rapport de l'OFSP: «Cardiopathie artériosclérotique, maladie tritonculaire» Ceci est complètement faux, car la cardiopathie artériosclérotique n'est pas un diagnostic secondaire, il s'agit de la maladie d'origine qui aboutit au pontage.

Parmi les «diagnostics principaux (!) les plus courants» du pontage coronarien, on lit, en cinquième position: «Sténose de la valve aortique». Si on prend cette déclaration au sérieux, on pourrait croire qu'en cas de sténose de la valve aortique comme diagnostic principal, on n'opère pas la valve cardiaque concernée mais plutôt les coronaires. Incompréhensible!

Une idée louable, mal appliquée

Il est tout à fait louable de vouloir publier les chiffres des prestations et les caractéristiques de qualité. Malheureusement, la façon dont cette idée est actuellement appliquée et dont elle est présentée au public et aux cliniques ne s'évalue pas en termes de bien ou de mal. Ces données sont indubitablement inutilisables. Elles sont absurdes, car les soi-disant diagnostics décrits ne reflètent pas la véritable cause de l'intervention et parce que beaucoup des «traitements» décrits n'expliquent absolument pas l'essentiel de l'opération.

Codes manquants pour les opérateurs...

En conclusion, nous assistons à une tentative malheureusement imparfaite de donner une forme homogène et structurée à une réalité médicale extrêmement complexe, démarche qui aboutit toujours à une simplifica-

tion inadmissible. Le codage sélectionne en partie les codes sur la base d'une optimisation des DRG. Parfois, des codes sont provisoirement choisis, sans qu'ils correspondent littéralement à l'intervention, ils répondent simplement à une logique. Par exemple, jusqu'en 2010, il n'existait aucune possibilité satisfaisante de coder une intervention sur la valve aortique par cathétérisme, alors que ce processus est utilisé en Suisse depuis 2007. Ces codes manquants représentaient déjà pour les opérateurs une défaillance du système DRG, mais ils équivalent maintenant, dans une statistique publique, à une vraie déformation de la réalité.

... paramètres faux ou incomplets pour l'ajustement du risque

De plus, la tentative de l'OFSP est imparfaite dans la mesure où les taux de mortalités publiés ne sont différenciés qu'en fonction de deux paramètres, à savoir l'âge et le sexe. Pour la chirurgie cardiaque par exemple, le risque de mortalité lors d'une opération du cœur dépend de toute une série de paramètres qui sont bien connus, l'âge et le sexe n'en représentant que deux sur une vingtaine de facteurs de risque validés. C'est pourquoi des chiffres nettement plus précis sur les risques sont utilisés dans ce domaine, comme l'Euroscore de l'association européenne European Association for Cardiothoracic Surgery ou le score STS de la Society of Thoracic Surgeons d'Amérique du Nord. Ces systèmes de scores intègrent jusqu'à 20 variables (insuffisance rénale, angor instable, réopération, opération en urgence, endocardite, etc.), qui sont statistiquement déterminantes pour prévoir le risque périopératoire. N'utiliser que deux des paramètres de cet ajustement du risque, c'est occulter une réalité beaucoup plus compliquée. Les grandes cliniques, gérant une population de patients plus complexe et des situations d'extrême urgence paraissent moins bonnes que certaines institutions de taille modeste qui peuvent choisir leurs patients. A elle seule, cette dernière considération rend l'angle d'observation de l'OFSP inutilisable.

Espoir d'une amélioration de la méthode d'enquête

Si l'Office fédéral de la santé publique se base sur le codage CIM et la classification CHOP pour évaluer la qualité des prestations, il arrive souvent à des conclusions fausses. Et c'est grave, car les données recueillies servent à un classement des hôpitaux en Suisse qui est ensuite publié. Les profanes, parfois même les professionnels (mais ces derniers ne s'y trompent pas toujours) tirent des conclusions erronées de ces données fausses. Le commentaire de l'OFSP minimise les résultats: «Etant donné la complexité des données, on ne peut exclure que dans certains hôpitaux il y ait encore des lacunes qui réduisent parfois la portée de la présente évaluation.» Il reste à espérer que l'OFSP tire les leçons de cette méthode d'enquête et parvienne à mieux refléter la réalité dans les prochaines années. A cet effet, la consultations des spécialistes semble indispensable.

Participez à la discussion!

Vous trouverez cet article dans notre forum de discussion sur www.saez.ch