Réponse à la prise de position du directeur de l'OFSP

Thierry Carrel[a], *Paul Libera*[b]

a Directeur de clinique du Service de chirurgie cardiovasculaire de l'Hôpital universitaire de Berne, Hôpital de l'Ile

b Gestionnaire de clinique, Service de chirurgie cardiovasculaire de l'Hôpital universitaire de Berne, Hôpital de l'Ile

Selon ses propres déclarations, l'OFSP poursuit deux objectifs avec ses Indicateurs de qualité: aider les patients à choisir un hôpital et révéler des déficiences aux médecins hospitaliers pour qu'ils enclenchent un processus d'amélioration. Chaque médecin peut voir par lui-même si le résultat répond aux deux exigences: il lui suffit d'étudier les rapports public et confidentiel de l'OFSP concernant la clinique où il travaille. Le tragique, c'est que la bonne idée de l'OFSP – la transparence – pêche au niveau de la mise en œuvre. Le volet statistique, transmis confidentiellement aux cliniques par l'OFSP, frise le burlesque. Dans un article intitulé «Le classement de l'OFSP sujet à caution» [1], le Tagesanzeiger cite un directeur d'hôpital selon qui «la publication de la banque de données en ligne de l'OFSP [est] une ‹imprudence›, car elle n'est pas encore au point». Il ajoute que «Son hôpital ne regarde même pas les statistiques de l'OFSP». Et le porte-parole d'un hôpital a déclaré: «La mortalité attestée par l'OFSP ne prend en compte ni la comorbidité, ni les autres facteurs de risque en dehors de l'âge et du sexe.» Une critique étayée dans le BMS par plusieurs exemples [2].

Certes, lorsqu'il mentionne les données de la mortalité hospitalière qu'il a publiées, l'OFSP ne peut retenir tous les facteurs de risque, connus des seuls initiés de chaque discipline. Mais s'il est impossible de faire une image réaliste de la qualité de l'hôpital, la solution ne peut être pour autant de faire appel à une mauvaise méthode. Il est problématique de comparer des hôpitaux en fonction de leur taux de mortalité ou du ratio décès/nombre de cas. La qualité ne peut pas toujours se mesurer en chiffres. Ainsi, un grand hôpital qui propose une offre de soins maximale et un accueil 24h/24 traite souvent plus de patients à haut risque qu'un petit établissement. Or, plus on est malade, plus on risque de mourir.

Jusqu'à présent, les erreurs de codage n'affectaient que l'hôpital et l'organisme payeur de façon bilatérale. Mais quand une échographie péri-opératoire ou une cardioplégie sont absurdement considérées comme des procédés de traitement, il est temps de remanier les règles de codage officielles. Aujourd'hui, les «perles» linguistiques plutôt bénignes du système CIM-CHOP-DRG s'invitent (ainsi bien sûr que de vraies erreurs de codage) dans la communication officielle d'une administration. Et c'est ainsi que de petites bévues affectant le codage et la facturation d'un hôpital se muent, dans l'analyse de l'OFSP, en fautes graves.

A l'évidence, il existe des domaines pour lesquels les données disponibles à ce jour ne permettent pas de tirer des conclusions chiffrées pertinentes. Le terme critiqué de «clinique impliquée» qu'utilise l'OFSP devrait être remplacé par «clinique gérant le cas». On pourrait se passer des tableaux «Diagnostics principaux et secondaires» et «Traitements principaux et supplémentaires», parfois grotesques. Quant à recevoir l'évaluation d'une année N à l'automne de l'année N+2: il est bien difficile de conseiller tel ou tel choix sur la base de statistiques sur la qualité qui remontent à deux ans. Peut-être serait-il intéressant d'aller voir en Autriche où la méthode «Initiative Médecine de qualité» est encore en phase d'évaluation. En Allemagne, seuls quelques hôpitaux utilisent volontairement cette méthode entre eux, sans injonction de l'Etat. En Suisse, en revanche, il vaudrait mieux faire tous les efforts pour créer des registres fiables au sein des associations professionnelles – et si vraiment nécessaire avec l'accompagnement de l'Etat.

«Il est bien difficile de conseiller tel ou tel choix sur la base de statistiques sur la qualité qui remontent à deux ans.»

Correspondance:
Prof. Dr Thierry Carrel
Directeur de clinique et médecin-chef du Service de chirurgie cardiovasculaire
Hôpital de l'Ile
Freiburgerstrasse 18
CH-3010 Berne

Références

1 Schmid S. Zweifelhaftes Spitalranking des BAG. tagesanzeiger.ch du 27.1.2012.

2 Carrel T. A la recherche d'indicateurs de qualité pour les hôpitaux suisses... Bull Méd Suisses. 2013;94(34):1270.