

Conférence de Susanne Hochuli, présidente de l'OSP

« Les nombres de cas minimums sont une bonne chose – un nombre maximum d'hôpitaux serait mieux »

30 août 2018 / 7^e réunion de la communauté d'achat HSK

Thème de la réunion : « Les nombres de cas minimums – sauvent-ils des vies ? »

(Documentation informative, seules les paroles prononcées font foi)

Mesdames, Messieurs,

Je peux me permettre de faire bref, car l'intitulé de ma présentation contient déjà le programme. Oui, les nombres de cas minimums sont une bonne chose, un nombre maximum d'hôpitaux serait mieux encore ; discutons donc du nombre d'hôpitaux au lieu du nombre minimum de cas. Puisque ce n'est pas le thème de la réunion, qui s'intitule « Les nombres de cas minimums – sauvent-ils des vies ? », je vous remercie de votre attention et vous souhaite des conférences intéressantes, un réseautage fructueux et une table ronde productive.

Non, évidemment, je ne rends pas les choses si faciles pour moi et pour vous, si ce serait si facile, nous ne discuterions pas seulement de la bonne chose, mais aussi de sa mise en œuvre.

Pour qu'un message soit transmis de manière compréhensible et donc assimilé de manière durable, il faut définir le public cible.

Mesdames et Messieurs, je ne m'adresse pas à vous en votre qualité de représentantes et représentants des caisses-maladie, des hôpitaux, des organisations d'aide et de soins à domicile, des EMS, des associations et des fédérations. Je ne m'adresse pas non plus à vous à titre de femme ou homme politique – ni en tant qu'utilisateur actif (et bénéficiaire du système de santé) ou comme mandataire (et donc également bénéficiaire du système de santé).

Je m'adresse à vous dans vos autres rôles liés au système de santé. Avant tout – du premier au dernier jour de notre vie – nous sommes des payeurs de primes. Et en comparaison avec les autres pays de l'OCDE, nous sommes de ceux qui mettent le plus de leurs propres poches pour financer le secteur de la santé.

La plupart des personnes dans cette salle sont sans doute aussi contribuables. De sorte qu'en tant que payeurs de primes et contribuables, nous sommes tous des donneurs d'ordre dans le secteur de la santé. Car qui paie, commande. Mais en fait, nous n'avons pas grand-chose à dire concernant les 80 milliards de francs de ce colosse qu'est notre système de santé.

Au contraire, nous finançons des choses que nous ne pouvons cautionner en tant que donneurs d'ordre sains. Et année après année, nous devons gober l'augmentation des primes d'assurance maladie. Imaginez que vos impôts augmentent d'année en année. L'accepteriez-vous ainsi, sans rien dire ? Probablement pas !

Mesdames et Messieurs, j'espère que vous admettrez avec moi que nous sommes toujours les payeurs du système de santé. Nous ne sommes des patientes et des patients que de manière ponctuelle, bien que nous soyons probablement d'accord sur le fait que le passage de la santé à la maladie et de la maladie à la santé peut être rapide :

La plupart des gens tombent malades pendant un certain temps, plus ou moins long, certains le sont rarement, d'autres plus souvent, d'autres encore le sont en permanence. Certains n'ont que des broutilles, quelques-uns tombent gravement malades pendant un court laps de temps, d'autres sont atteints de maladies chroniques. Et c'est pour ces personnes que nous avons développé le système de santé, et chaque progrès devrait profiter à ces personnes. Ça devrait du moins être le cas ! Car là aussi, nous sommes probablement tous d'accord : les malades devraient être au centre des préoccupations du système de santé, car sans eux, ce colosse de 80 milliards de francs n'existerait pas. Le patient devrait être au centre de l'attention, mais il ne l'est généralement pas.

Très souvent, il est au centre de discussions abstruses, dans lesquelles le patient sert à donner du poids à des arguments autrement fragiles.

Prenons un exemple : des nombres de cas minimums porteraient préjudice aux patients, car les nombres de cas minimums, en particulier dans les hôpitaux de petite et moyenne taille, pourraient entraîner une mauvaise qualité des indications. C'est-à-dire qu'on réaliserait des opérations pour atteindre le nombre minimum de cas – même s'il existe pour la personne concernée de meilleures alternatives qui impliqueraient peu ou pas d'atteinte à son intégrité physique.

(Exemple : une ancienne patiente atteinte d'un cancer du sein de petite taille, il est possible d'effectuer une biopsie, et si les récepteurs hormonaux sont positifs effectuer un traitement antihormonal, puis maintenir en observation).

Vous le voyez, en tant que présidente de l'OSP, je devrais m'engager fermement contre les nombres de cas minimums. Mais je vous pose la question : quel état d'esprit est à l'origine de tels actes ?

Dans le document de base « Diagnostic et indication : des dimensions clés de la qualité » de la FMH, j'ai lu que l'indication a un statut particulier dans la pratique médicale, car elle ne doit pas être justifiée et réalisée d'un point de vue exclusivement scientifique : des considérations éthiques pourraient ou devraient être explicitement prises en compte.

Si je peux me permettre, qu'en est-il de l'éthique, si la qualité de l'indication cède le pas au nombre suffisant de cas en termes de quantité d'indications ?

Je ne veux pas vous priver d'un autre passage édifiant du document de base de la FMH et cite :

« La qualité de l'indication se définit par le caractère approprié et la nécessité des interventions médicales. Une intervention est appropriée lorsque le bénéfice médical pour le patient est supérieur au risque. Elle est nécessaire lorsqu'elle doit être absolument recommandée et proposée au patient pour des raisons scientifiques et d'éthique sociale. » Fin de la citation.

Malgré cette affirmation, et même sans nombre de cas minimum, il a été démontré – juste pour exemple – que 16 000 interventions chirurgicales du genou inutiles sont réalisées chaque année pour la modique somme de 70 millions de francs.

Pourquoi personne n'oppose-t-il ici l'argument que cela porte préjudice aux personnes affectées ?

J'ai été pendant plusieurs années vice-présidente de l'organe de décision MHS, médecine hautement spécialisée, et j'y ai découvert un fait horrible : des interventions chirurgicales occasionnelles continuent d'être pratiquées en Suisse, ce qui entraîne un grand risque pour les patients. Je cite une réplique du Bulletin des médecins suisses (vous trouverez la référence dans la documentation) – un petit exemple : « *Cela vaut la peine de rechercher le mot clé "indicateurs de qualité" sur le site de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). (...) De brèves recherches nous montrent clairement que les différences de volumes opératoires et de taux de mortalité postopératoire sont flagrantes. Dans le "Total des résections du pancréas" on voit qu'en 2016 – l'année la plus récente sur le site de l'OFSP – un total de 53 hôpitaux suisses différents ont réalisé de telles interventions. Parmi ceux-ci, 25 hôpitaux ont effectué moins de 5 résections pancréatiques et 18 hôpitaux ont effectué une seule résection pancréatique en 2016. Cela ne va pas dans le sens d'une optimisation des soins fournis aux patients, et cela se reflète dans les taux de mortalité postopératoire extrêmement variables allant de 0% à plus de 20% !* » Fin de la citation.

En tant que payeur de primes et contribuable, nous finançons d'une part

- des interventions totalement inutiles,
- et d'autre part des interventions résultant d'une négligence grave, qui équivalent rien moins qu'à une blessure physique.

Je dois dire que des interventions inutiles et résultant d'une négligence grave sur les gens me rendent furieuse en tant que présidente de l'OSP – et en tant que payeuse de primes et contribuable, cela me met en colère de devoir financer tout cela sans qu'on m'ait demandé mon avis.

Et soyons francs, cela nous laisse désemparés, en tant que payeurs et peut-être en tant que personnes affectées, de voir que pour les 80 milliards que coûte notre système de santé,

- on ne nous fournit aucune enquête démontrant la qualité des indications,
- nous avons très peu ou pas de registres de données sur la qualité des indications, des processus et des résultats,
- ou si qualité des processus et des résultats est enregistrée, cela est fait exclusivement d'un point de vue médical.

L'évaluation de l'utilité pour le patient n'apparaît nulle part – alors que la personne affectée et sa qualité de vie devraient être centrales. Le patient ou la patiente s'efforce toujours de trouver une justification logique.

Je suis convaincue que nous tomberons d'accord sur les deux points suivants, sans avoir à faire appel aux patients :

1. Le chirurgien n'est qu'un facteur en vue de l'optimisation du résultat. Toute l'équipe, l'anesthésiste, les spécialistes techniques, l'équipe médicale et infirmière façonnent de manière décisive le succès du traitement.

Dans le bulletin des médecins suisses, j'ai trouvé une phrase intéressante à ce sujet : « *Un "chirurgien à haut volume d'activité" dans un "hôpital à faible volume d'activité" n'a pas les mêmes résultats postopératoires que lorsque ce même chirurgien travaille dans un grand centre médical.* » fin de la citation

Si nous nous rappelons des débats concernant la pénurie de personnel qualifié, il devrait être évident pour tout le monde qu'il n'est plus possible de tout offrir partout.

2. Les progrès médicaux et techniques ont permis que la durée moyenne du séjour hospitalier passe de plusieurs semaines à 5,5 jours – selon les chiffres de l'Obsan pour 2015. De nombreuses interventions, même complexes, peuvent être effectuées en ambulatoire, ce qui est logique pour le patient ainsi que pour moi en tant que payeur de primes, dans la mesure où le financement unitaire EFAS est introduit.

Les progrès techniques ont entraîné partout des changements structurels et/ou des coûts de production moindres – sauf dans le secteur de la santé. Prenons l'exemple de l'agriculture : les réformes agraires se succèdent, les coûts de production ont chuté de manière spectaculaire et le nombre d'exploitations agricoles a été pratiquement décimé.

Prenons le secteur de l'éducation : par le passé, il y avait une école dans chaque commune, ce qui était logique car les transports en commun n'étaient pas développés comme ils le sont aujourd'hui et les trajets scolaires devaient être adaptés à la mobilité des enfants – tout comme l'accessibilité des hôpitaux devait autrefois être adaptée aux possibilités de transport des vallées isolées. Les changements structurels ont laissé des traces considérables dans les établissements scolaires et ils sont loin d'être terminés. Malgré la résistance de la population, les établissements scolaires continuent d'être regroupés, pour des raisons de coût et, avant tout, pour des raisons de qualité.

Moi-même, par exemple, j'ai fait mes classes pré-gymnasiales à Reitnau, un village qui avait alors 900 habitants, le seul en Argovie où plus de 50% des enfants ont passé au cycle pré-gymnasial et donc au niveau scolaire le plus élevé. Non pas parce que nous étions incroyablement intelligents, non, on voulait seulement sauver l'école, dont la qualité laissait beaucoup à désirer. Eh bien, vous pourrez dire que j'ai tout de même bien réussi à me frayer un chemin, malgré un enseignement de mauvaise qualité. Je peux vous dire que si les professeurs avaient réalisé des opérations chirurgicales au lieu de nous faire ingurgiter des maths, la moitié du village aurait disparu.

Blague à part, malgré l'opposition de la population, il a été possible de procéder aux changements structurels nécessaires dans le domaine de l'éducation. En toute franchise, l'école du village devrait être beaucoup plus proche de nous que les petits hôpitaux dans chaque vallée. Nous passons, avec les membres de notre famille, infiniment plus de temps à l'école, alors qu'il continue d'y avoir des gens qui ne voient l'intérieur d'un hôpital qu'au cours de leurs dernières années de vie.

Pourtant, tout le monde invoque le fait que la population est opposée à la fermeture des hôpitaux. Elle peut bien s'y opposer, tout comme elle le fait pour la suppression des établissements scolaires. Mais il semble que les personnalités politiques responsables de l'éducation ont plus de courage et de succès que celles responsables de la santé – ou, ce qui est plus proche de la vérité : contrairement au secteur de la santé, il n'y a vraisemblablement pas dans la politique éducative de lobby assez puissant qui cherche à préserver chaque site parce qu'il permet toujours de gagner de l'argent. Que ce soit de la part du secteur privé, ou du secteur public qui brandit souvent le drapeau de l'économie nationale.

En tant que payeurs de primes et contribuables, nous finançons sagement, vous et moi, les quelque 280 établissements hospitaliers et oublions que quelque chose de préoccupant est en train de se produire en matière de politique sociale :

L'éducation est la base d'une vie autonome et responsable, et nous savons que :

1. Les personnes ayant une meilleure formation se considèrent en meilleure santé.
2. Les personnes ayant une meilleure formation déploient des compétences en matière de santé et des compétences comme patients, et savent comment s'affirmer dans le système de santé.
3. Les personnes ayant une meilleure formation ont plus de chances de trouver et de conserver leur place dans un environnement (de travail) de plus en plus complexe, et donc de ne pas constituer une charge pour le système social.

Mais nous savons également que de nos jours les dépenses de santé augmentent, alors que les dépenses en éducation stagnent, voire diminuent, malgré l'augmentation du nombre d'enfants. Cela devrait nous inciter à réfléchir. Les matières qui développent des compétences essentielles et donc aussi des compétences en matière de santé ont depuis longtemps été supprimées des horaires scolaires.

En forçant un peu le trait, nos deux dernières années de vie, dans la mesure où l'on peut affirmer qu'elles sont censées être les principales responsables de l'augmentation des coûts de santé, nos deux dernières années de vie risquent ainsi de compromettre les années de formation des générations à venir et de laisser leur empreinte dans d'autres domaines politiques : système social, environnement, culture.

Pendant ce temps, nous sommes sur le point d'investir 20 autres milliards de francs environ dans une inutile infrastructure stationnaire pour les hôpitaux, bien que nous disposions des chiffres démontrant clairement que c'est idiot :

Il y a un mois, le président de la fédération des hôpitaux zurichois, Christian Schär, a commenté dans le Tagesanzeiger : *« J'estime qu'en Suisse, nous devons réduire les capacités stationnaires d'environ 20 à 30%, alors que d'autre part des infrastructures ambulatoires doivent être mises en place. »* Après une longue phase d'augmentation du nombre de cas, les hôpitaux zurichois ont enregistré pour la première fois une baisse en 2017.

Au lieu de regarder les hôpitaux délabrés tenter de se maintenir à flot par le biais du nombre de cas, pour finalement sombrer, il serait plus judicieux d'utiliser les connaissances et les expériences

existantes provenant d'autres domaines politiques pour agir avec anticipation, plutôt que d'être ensuite réduit à réagir sans défense :

La Suisse devrait être divisée en environ 5 à 6 régions de soins, chaque région comptant environ 1,5 million d'habitants et abritant un hôpital universitaire. Les soins de base ambulatoires proches du domicile, ainsi que des soins de base stationnaires raisonnablement accessibles et l'accès à des prestations médicales de pointe sont assurés conformément au principe de subsidiarité.

Cela signifie

- que les problèmes de santé fréquents à traiter en ambulatoire sont traités dans les centres de santé ;
- les hôpitaux régionaux couvrent la « médecine stationnaire des cas courants ». Les hôpitaux universitaires, d'une part, s'occupent de la « médecine des cas rares » et, d'autre part, assurent la « médecine de pointe ».
- Le système de santé n'est plus considéré comme isolé, mais relié à la politique éducative et sociale afin que les personnes puissent vivre le plus longtemps possible sans dépendre du système de santé.

On passe ainsi d'une logique de concurrence malsaine, qui n'est absolument pas une compétition, à une coopération utile. Je cite une fois de plus la réplique du Bulletin des médecins suisses : il y est établi qu'en ce qui concerne l'oncologie, le développement des réseaux de soins en Suisse revêt une importance capitale. Citation : « *Face à la croissance rapide du nombre de patients atteints de cancer, nous ne pouvons fournir des soins médicaux optimaux que si les hôpitaux de petite et grande taille, les hôpitaux périphériques et centraux travaillent ensemble de la meilleure manière possible !* »

Mesdames et Messieurs, je crois que cette phrase est importante et devrait s'appliquer à l'ensemble du système de santé, si nous voulons éviter, en tant que payeurs de primes et contribuables, en tant que patientes et patients, que celui-ci ne nous coûte plus cher que ce qu'il vaut réellement, et coupe les ressources à d'autres domaines politiques tout aussi importants.

Je suis convaincue qu'un nombre maximum d'hôpitaux sauverait non seulement des vies, mais aussi la cohésion de notre société, et donc également la paix sociale.

Informations complémentaires

- Diagnostic et indication : des dimensions clés de la qualité – FMH
<https://bullmed.ch/fr/resource/jf/journal/file/view/article/saez/fr/bms.2012.00985/BMS-00985.pdf/>
- Bulletin des médecins suisse
Replik auf den Beitrag von Radu Tutuian und Werner Inauen [1]
<https://doi.org/10.4414/bms.2018.06676>