

RÉSEAU SANTÉ VALAIS

**«CARDIOLOGIE ET
INDICATEURS DE QUALITÉ»**

Jean-Claude Pont & Serge Sierro

28 avril 2010

2. La sécurité des patients en cardiologie au CHCVs

2.1 Le problème de la garde

Le problème de la garde en cardiologie - et donc de la sécurité - est un **problème grave** au RSV (CHCVs). La rapidité de la réaction médicale en matière de sécurité cardiaque est un élément décisif pour le pronostic et pour la survie. Ce n'est pas un hasard si les médecins de garde en cardiologie du CHUV doivent loger dans l'institution ou à moins de 20 minutes. Au CHCVs, il y a quatre médecins de garde en cardiologie, qui fonctionnent par tournus. **Trois d'entre eux habitent Lutry, Lausanne ou Morges.** Le temps de s'habiller, de prendre sa voiture, de gagner l'auto-route, de se rendre au CHCVs, on imagine (surtout si on est de garde sur les deux sites en même temps, comme cela arrive)!

Pour présenter cette question, nous nous appuyons sur une publication récente, parue dans une revue médicale spécialisée en mai 2009. Elle traite notamment de ce que les spécialistes appellent le *door-to-balloon*, **c'est-à-dire le temps qui doit s'écouler entre l'arrivée à l'hôpital du patient souffrant d'un infarctus et l'ouverture de l'artère coronaire bouchée.**

Pour évaluer les risques d'un traitement de l'infarctus en fonction du temps, on utilise parfois comme indicateur de qualité le taux de mortalité. Or cet indicateur n'est pas le seul. Il convient en effet de tenir également compte de l'importance de la nécrose résiduelle (c'est-à-dire de la masse du muscle cardiaque touchée de façon irréversible par l'infarctus) et de la valeur de la reprise de la fonction cardiaque dans la durée, par exemple après un an.

En d'autres mots, la qualité de la fonction cardiaque, à moyen terme après l'intervention, est corrélée d'une manière simple avec le temps écoulé entre l'hospitalisation et l'ouverture de l'artère.

Dans l'article mentionné ci-dessus, on lit :

« Chez les patients qui ont un *door-to-balloon* plus court, l'incidence d'un choc cardiogénique baisse

clairement. *Et les auteurs ajoutent* : Nos données suggèrent que les médecins pourraient réduire la mortalité parmi les patients en réduisant au maximum le temps du *door-to-balloon*. *Et enfin* : Contrairement aux études précédentes, nous avons trouvé que tout retard dans le temps entre l'arrivée à l'hôpital et la ré-ouverture de l'artère coronaire incriminée (*door-to-balloon*) est associé à une augmentation de la mortalité. »

En fait et en bref, la mortalité n'est pas le seul indicateur, ni même un bon indicateur ; la qualité de reprise de la fonction cardiaque, qui dépend de la rapidité de l'intervention, est un élément déterminant pour la qualité de vie du patient et pour la reprise de ses activités.

De ce point de vue, on doit évidemment s'inscrire en faux contre les déclarations lénifiantes faites devant le Grand Conseil par le DFSI (p. 17) en mars 2010 :

« Les interventions des cardiologues s'en trouvent facilitées **et le lieu d'habitation des médecins n'entre que peu en ligne de compte** [c'est nous qui soulignons] dans ce concept car ce mode de faire laisse le temps d'intervention nécessaire. »

Le RSV devrait exiger – et s'organiser pour - que le médecin de garde en cardiologie soit disponible dans les 20 minutes, comme c'est le cas, par exemple, au CHUV (cf 2.2 ci-dessus).

Les patients valaisans sont-ils moins domagés que leurs homologues vaudois, leur santé est-elle moins importante? On se trouve ici devant une situation gravement préjudiciable, voire mortelle, pour des patients valaisans.

2.2 Protectionnisme et volonté de puissance au RSV

Il est bien connu que devant cette difficulté et ces risques, récemment, des médecins cardiologues expérimentés de la région **ont proposé leurs**

services pour assurer des gardes. A notre connaissance, leur offre est restée sans effet, voire sans réponse.

Au sujet de l'expérience des médecins, rappelons l'histoire suivante, qui est bien connue dans les milieux proches des hôpitaux et chez les patients en cardiologie : à la suite du départ de l'un des médecins associés du Service de cardiologie du CHCVs, on nomme un cardiologue fraîchement diplômé. Ce dernier n'était pas autorisé à effectuer des coronarographies lors de ses gardes sans la supervision d'un cardiologue expérimenté au CHUV, alors qu'il effectuait ses gardes sans supervision à Sion.

Un patient présente des douleurs thoraciques. L'installation de cathétérisme du CHCVs tombe en panne pour quelques heures. Le patient **est transporté d'urgence au CHUV alors qu'une clinique voisine est parfaitement équipée pour le faire.**

Une autre panne du même genre, mais plus grave. Là encore, on ne sait pas qu'il y ait eu des contacts avec la clinique voisine.

Mais il y a pire encore! Récemment, un patient du service de cardiologie du CHCVs est transporté de jour en taxi au CHUV, alors qu'il y avait à proximité des cardiologues formés pour cette intervention, dans un établissement complètement équipé pour cette intervention.

Le CHCVs ne dispose que d'une salle pour les interventions en cardiologie. Lorsque l'on procède à une opération électorale et que survient une urgence, on ne sait pas à quel saint se vouer. Peut-on stopper l'opération en cours, ou alors laisser attendre le patient victime d'une alerte cardiaque grave, nécessitant une intervention dans les plus brefs délais? Une solution serait de faire appel à un établissement hospitalier proche. Mais, à notre connaissance, cela ne s'est jamais vu. Le professeur Pfisterer du département de cardiologie de l'Université de Bâle a dénoncé avec vigueur le cas des hôpitaux ne disposant que d'une salle pour des interventions en cardiologie.

Malheureusement, le médecin cantonal s'est toujours opposé à la construction d'une deuxième salle, même dans un établissement privé!

Pourtant, dans la loi cantonale sur la Santé, il est demandé aux services hospitaliers publics de collaborer au mieux avec les milieux privés. Plus précisément :

Loi sur la santé (800.1) du 14 février 2008

Art. 3 (2) [Le Département de la Santé] exerce ses attributions en collaboration avec les autres départements agissant dans le domaine de la santé et, au besoin, avec le concours des communes, des organisations professionnelles concernées et d'autres organismes et institutions publics ou privés.

Art. 6 (3) [Le Département de la Santé] peut déléguer des tâches d'exécution à des organismes et institutions public ou privés, en précisant les tâches déléguées, les objectifs à atteindre et le mode de financement, compte tenu de la planification sanitaire cantonale.

Nous avons de nombreux exemples montrant que ce n'est pas le cas pour le RSV. En voici un. Un institut hospitalier valaisan, grâce à la collaboration d'un spécialiste connu, a développé une technique nouvelle en médecine cardiaque en Valais, l'électrophysiologie. Peu de temps après, le CHCVs mettait également cette technique à son programme. A ceci près, qu'il n'est pas équipé pour cette pratique et qu'il se contente de consultations, envoyant les cas à traiter au ... CHUV, le Valais n'étant ainsi qu'un guichet d'enregistrement.

Voici un deuxième exemple. Depuis un bout de temps, un institut valaisan pratiquait des IRM cardiaques en Valais, devançant ainsi de plusieurs mois l'inauguration au CHUV de ce que l'on eut l'indécence de nommer « premier centre d'IRM cardiaque de Suisse au CHUV ». On est à nouveau en présence d'un cas de soutien inconditionnel en faveur du CHUV.

2.3 Autre exemple malheureux de protectionnisme au RSV

Un professeur en cardiologie d'une université suisse, de surcroît diplômé en électronique de l'EPFZ, souhaite s'installer à Sion avec sa famille et y amener des techniques nouvelles. Il postule en octobre 2009. Dix mois plus tard, il est toujours sans réponse. Ne devrait-on pas favoriser l'arrivée de telles compétences – même si elle ne viennent pas du CHUV – les stimuler plutôt que de les ignorer en fonction d'un aberrant protectionnisme. Au demeurant, cette absence de réponse, qui est presque de règle au RSV, donne une claire indication du respect qu'on a, au RSV et au Service de la santé publique, des gens qui n'entrent pas dans le moule où n'en sont pas issus.

On connaît à propos des rapports entre le médecin cantonal et les médias l'édifiante historiette suivante concernant, elle aussi, le protectionnisme malheureux en matière de collaboration avec le domaine public. Se proposant d'introduire une technique médicale, des spécialistes avaient souhaité diffuser la nouvelle par le biais d'un journal. L'article fut soumis au médecin cantonal pour contrôle de dupuiscompatibilité. Résultat, l'article ne parut jamais!!

2.4 Un protectionnisme onéreux pour le Canton

Lorsqu'on adresse au CHUV des patients qui pourraient être traités en ambulatoire en Valais, ce qui est possible, comme nous venons de le voir, en faisant appel à une institution privée, on détourne la loi qui veut que l'ambulatoire se fasse en Valais. Dans le cas d'une intervention à l'extérieur du Canton, celui-ci doit payer plus du 50 % du coût de l'intervention, alors que les Caisses prendraient en charge la totalité si elle avait lieu ambulatoirement en Valais.

2.5 Les opérations en chirurgie cardiaque au CHCVs. Un entretien avec le professeur Thierry Carrel (Hôpital de l'île, Berne) ¹

Le professeur Thierry Carrel est une sommité internationale dans le domaine de la chirurgie cardio-vasculaire. Il dirige le service à l'Hôpital de l'île à Berne depuis onze ans et il est, depuis 2006, le chef du pôle de chirurgie cardiaque des hôpitaux universitaires de Bâle et de Berne. En 2006, il avait été mandaté avec le professeur Markus Furrer (médecin-chef du service de chirurgie de l'Hôpital cantonal des Grisons à Coire) par le dr Pierre Vogt, alors directeur médical du RSV, pour une expertise portant sur l'« Etablissement d'un centre de compétence pour le traitement des maladies cardio-vasculaires auprès du Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs) ».

Comme l'explique le professeur Thierry Carrel au nom des deux experts, leur rapport avait été mal reçu par la direction médicale du RSV, « probablement parce qu'il ne correspondait pas à l'attente du dr Vogt ». Les discussions avaient été tendues et les deux médecins mandatés n'ont pas gardé un souvenir impérissable de l'aventure valaisanne. Leur échange épistolaire le prouve abondamment. **De l'entretien qu'il nous a accordé**, il ressort ceci (nous citons les propres paroles des professeurs Carrel et Furrer dans leur réponse au dr. P. Vogt) :

- L'établissement d'un centre de compétence pour le traitement des maladies cardio-vasculaires soulève un nombre de problèmes importants dans tous les domaines, mais essentiellement pour l'angiologie, la chirurgie vasculaire et la radiologie interventionnelle. **Il ajoute qu'un tel centre ne peut certainement pas fournir sur un long terme la qualité de traitement correspondant au standard réalisé dans les hôpitaux universitaires** ; principalement en raison d'un nombre trop peu élevé d'interventions rares et complexes.

¹ Le professeur Thierry Carrel est directeur du département de chirurgie cardio-vasculaire de l'Hôpital de l'île à Berne. Il figure dans le peloton de tête des spécialistes mondiaux de la chirurgie cardiaque.

- Dans le cadre d'une réflexion stratégique à moyen ou à long terme, il est nécessaire de se demander, selon le professeur Thierry Carrel, si le maintien d'une chirurgie cardiaque à Sion avec un nombre d'interventions qui sera plutôt à la baisse constitue une décision sensée. D'autres hôpitaux cantonaux plus importants que celui du canton du Valais (...) ne disposent pas d'une chirurgie cardiaque. Le professeur Carrel nous donne à ce propos des explications plus techniques, que nous rassemblons ci après :

« Le développement actuel de la chirurgie cardiaque est marqué a) par l'augmentation constante de l'âge moyen des patients (ce qui signifie aussi un collectif présentant de plus en plus de risques) et b) par un taux important d'innovations. Ces deux phénomènes demandent la concentration dans des services à grand volume afin d'assurer le développement sur certains sites.

La dilution des cas sur de nombreux sites n'est pas favorable, ni du point de vue médical, scientifique et encore moins du point de vue économique. **Vouloir rester à jour dans l'équipement et les techniques de pointe nécessite un volume de cas permettant d'obtenir la routine nécessaire non pas seulement des chirurgiens mais bien plus encore des équipes assurant la prise en charge des patients après l'intervention.** »

- Dans son rapport de l'époque, le professeur Carrel avait fait observer « (...) **qu'il n'est pas très honnête de laisser croire aux autorités politiques cantonales, au corps médical ainsi qu'à la population valaisanne que le traitement chirurgical des pathologies cardiaques et vasculaires – qui deviendra de plus en plus complexe – peut être offert avec la même routine et efficacité à Sion** que dans un département cardio-vasculaire d'un centre universitaire (...). »

Notons en passant que nous retrouvons ici des réserves que nous avons formulées dans le cas de l'affaire Bettschart / Savioz (voir notre Bulletin d'information n°1, p.17-21), relative aux interventions en chirurgie viscérale, dans les cas difficiles concernant le foie, l'œsophage, le pancréas.

En ce qui concerne le problème de la garde, le professeur Carrel se dit très étonné par l'organisation en vigueur au CHCVs, à savoir que les gardes de cardiologie se fassent par des médecins qui se trouvent à plus de 100 km de l'hôpital. **A Berne, par exemple, le médecin doit être sur place dans les 15 à 20 minutes.** Il y a au moins deux raisons à cela, nous dit-il. D'abord, le traitement efficace de l'infarctus nécessite de la rapidité, comme nous le relevons plus haut.

Ensuite, en cas de complication après une intervention de chirurgie cardiaque, la présence du cardiologue peut être bénéfique au patient lorsque le chirurgien et le cardiologue doivent discuter de la meilleure stratégie au chevet du patient.

Notre analyse du paragraphe 2.1 se trouve bien confirmée par ces affirmations.

Revenons sur une interprétation faite par le DFSI d'une déclaration du professeur Carrel. **La réponse du DFSI** à l'interpellation n°9 de l'UDC (Session du Grand Conseil, mars 2010, p. 18) **nous induit en erreur** lorsqu'elle prête au professeur Carrel l'affirmation qu'il y a trop de centres en cardiologie en Suisse. Le professeur Carrel est chirurgien cardiaque et, par conséquent, ne se permettrait pas d'empiéter sur le territoire de la cardiologie, qui est une tout autre discipline, sous spécialité de la médecine. Par contre il est vrai que le professeur Carrel estime qu'il y a trop d'hôpitaux pratiquant de la chirurgie cardiaque, ce qui est loin d'être la même chose. La comparaison avec nos pays voisins (l'Allemagne et la France) et les pays scandinaves montre que ceux-ci disposent en moyenne d'un centre par million d'habitants, voire un million et demi. En Suisse, il y a actuellement 18 centres au moins pour 7 millions d'habitants.

Dans son rapport devant le Grand Conseil, le DFSI cite le professeur Carrel lorsque cela arrange sa thèse. En revanche, ceux qui ont préparé cette intervention se sont gardés d'évoquer tous les passages du Rapport Carrel / Furrer qui ne vont pas dans leur sens.

Terminons par une bonne nouvelle. Le professeur Thierry Carrel a accepté notre invitation de venir prononcer une conférence sur les aspects modernes de la chirurgie cardiaque, en Valais en septembre prochain.