

1 | 09

Les DRG: l'éthique contre l'économie? 1

L'introduction de SwissDRG: Commentaire du Dr Carlo Conti 6

«Prix Excellence 2008» décerné à Andrea Strässle 7

Départ de Claude Regamey en tant que Président de la CCE 7

Nouveau président de la Commission Centrale d'Éthique 8

Nouvelle sous-commission «Consultation d'éthique clinique» 8

Prof. Peter Suter nouveau président des académies-suisse 8



Les DRG: l'éthique contre l'économie?

L'introduction en Suisse des forfaits par cas – également appelés DRG (diagnosis related groups) ou GHM (groupes homogènes de malades) – correspond à un changement de système: ce n'est plus la planification des infrastructures et des lits qui se trouve placée au premier plan, mais une rémunération liée aux prestations, qui se conforme aux activités caractéristiques définies pour le diagnostic correspondant. On espère réaliser des économies substantielles dans le domaine de la santé grâce à ce changement de système. Mais en même temps, des craintes de voir les DRG conduire à une baisse de la qualité des soins se font jour. Dans l'article suivant, Dr Verina Wild, lic. phil. Eliane Pfister et la Professeure Nikola Biller-Andorno de l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Zurich présentent le contexte de l'introduction des GHM, examinent les conséquences possibles pour les patients et les professionnels de la santé et expliquent pourquoi une recherche éthique d'accompagnement s'impose.

Les DRG (diagnosis related groups) ou forfaits par cas liés au diagnostic forment un système de décompte prospectif à l'intention des hôpitaux de soins aigus, dans le but de constituer des incitations en faveur de soins hospitaliers coût-efficaces. En 1967, des scientifiques de l'Université Yale, dans l'entourage de Robert B. Fetter, ont conçu les DRG à titre d'instrument de gestion de la qualité. Ils furent mis en place pour la première fois dans les années 1980, comme système de décompte dans le cadre du programme fédéral américain Medicare, chargé de financer le système de santé des plus de 65 ans (Fetter, Freeman et coll. 1985).

Très tôt, le recours aux DRG fut accompagné d'avis critiques. Dolenc et Dougherty ont ainsi débattu – dans le célèbre rapport du Centre Hastings – pour savoir si cette évolution correspondait à une «contre-révolution», qui s'opposait aux transformations autrefois considérées comme révolutionnaires et menant au système de santé solidaire (Dolenc/Dougherty 1985).

Outre les États-Unis, plusieurs pays – dont l'Australie, le Canada, le Japon, la Grande-Bretagne, la France, l'Espagne et les pays scandinaves – font aujourd'hui déjà appel aux DRG, chaque fois adaptés aux conditions spécifiques du pays, pour le décompte des prestations hospitalières.



Prof. Peter M. Suter,
Président

Un instrument plus efficace pour le financement des hôpitaux de soins aigus

La Suisse est sur le point d'introduire un nouveau système d'indemnisation des prestations des hôpitaux de soins aigus, le forfait par cas ou DRG. Apparemment, les méthodes de décompte appliquées jusqu'alors n'étaient pas optimales, puisqu'elles n'allaient pas suffisamment dans le sens d'une utilisation économiquement rationnelle des lits d'hôpitaux, des ressources en personnel et d'autres prestations hospitalières. Les forfaits par cas permettraient une meilleure transparence et des possibilités

de comparaison entre les différents hôpitaux; de ce fait, ils seraient (du moins en théorie) mieux adaptés, à condition toutefois de tenir compte des avantages potentiels d'un tel système, mais également de rester vigilants quant à ses dangers et inconvénients. En effet, la réduction escomptée de la durée d'hospitalisation pourrait augmenter le besoin d'assistance post-hospitalière tout comme la charge de travail du personnel hospitalier.

L'introduction d'un système différent est toujours sujette aux critiques, tandis que ses conséquences positives retiennent moins d'attention. C'est pourquoi, une analyse scientifique des aspects qualitatifs et de ses résultats s'avère nécessaire. Celle-ci englobe aussi bien la satisfaction subjective des patients et des proches que l'évaluation des résultats par les soignants, médecins et chercheurs en sciences humaines. Les avantages attendus de cette nouvelle méthode sont principalement financiers; de ce fait, les questions éthiques devraient être au cœur de la recherche d'accompagnement.

Quelles sont les particularités d'un système de financement efficace et équitable dans un domaine aussi coûteux et sensible? Il doit être conçu de telle façon qu'il puisse, d'une part, proposer les meilleures options thérapeutiques pour chaque maladie et à tous les groupes de patients tout en satisfaisant, d'autre part, aux exigences d'un système de santé économiquement supportable. Afin d'éviter des augmentations inacceptables des coûts et d'écarter la menace de rationnement, une modification s'impose dans les indemnisations des prestations hospitalières. Le chemin tel qu'il est proposé actuellement n'est sans doute pas le pire. Toutefois, une analyse interdisciplinaire et minutieuse des résultats de la nouvelle structure tarifaire est indispensable afin d'être en mesure d'y intégrer les adaptations nécessaires et, finalement, développer un système optimal pour notre pays.

En 2009, l'année Darwin, il nous est peut-être permis d'évoquer une de ses déclarations – à l'intention des prestataires et autres partenaires des soins hospitaliers: «It is not the strongest of the species that survives, not the most intelligent, but the one most responsive to change.».

Dans les hôpitaux de soins aigus allemands, ce décompte s'effectue depuis 2004 sur la base de ce qu'on appelle le système G-DRG (German DRG)¹. Ce même système – y compris l'ensemble des droits de développement et de modification – a été vendu en 2006 à la Suisse.

Le système est actuellement soumis à un processus d'hélicoptérisation. En adoptant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, le Parlement fédéral a décidé, le 21 décembre 2007, d'introduire dans l'ensemble des cantons², d'ici le 1er janvier 2012, des forfaits uniformes par cas liés au diagnostic qui serviront de système de décompte pour les hôpitaux de soins aigus.

C'est dans ce contexte que la SwissDRG SA a été créée en janvier 2008³. Cette société anonyme d'utilité publique a pour mission «d'élaborer et de développer, mais aussi d'adapter et d'entretenir la structure tarifaire nationale en vue de l'introduction dans toute la Suisse d'un système de rémunération forfaitaire uniforme pour les séjours hospitaliers en soins somatiques aigus.»

Le contexte helvétique

La mise en œuvre des DRG représente bien plus que la nouvelle introduction d'un simple système de classification des patients. Le changement de système s'intègre dans un contexte plus large que ne le laisserait présumer, de prime abord, un nouveau système de décompte:

- Un débat qui s'intensifie constamment est mené en Suisse depuis 10 à 20 ans en ce qui concerne les coûts croissants du système de santé et leur accessibilité économique (Kocher 2004); un autre débat porte en parallèle sur la nécessité des mesures de rationnement et de rationalisation (Zimmermann-Acklin/Halter 2007).
- Parmi les «responsables de l'enchérissement», on cite les surcapacités en matière d'établissements hospitaliers et de lits d'hôpital; viennent s'y ajouter d'autres facteurs tels que l'évolution démographique, le progrès médico-technique, les exigences des patients et la peur des litiges engageant la responsabilité civile (Streit 2000).
- L'introduction d'éléments économiques d'orientation gagne en importance dans divers secteurs et à différents niveaux de la prise en charge des malades (modèles Managed Care ou réseau de soins intégrés tels que HMO, Pay for Performance ou rémunération au rendement, pools de risques, etc.)⁴.

1 Le système G-DRG fut développé à partir du système AR-DRG utilisé en Australie.

2 Quelques hôpitaux dans plusieurs cantons (AG, BE, GR, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH) utilisent déjà les forfaits par cas pour les décomptes. Pour cela, on a eu recours à une version adaptée des AP-DRG (qui provenaient à l'origine des États-Unis) et que l'on remplace à présent par les G-DRG.

3 Cf. www.swissdrg.org

4 Egli M (Hrsg): Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch, 2008, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG. Dans ce contexte, on remarque également la controverse suscitée par la liberté de contracter et le débat portant sur la décision populaire relative à l'article constitutionnel «Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie» du 1er juin 2008.

Ces évolutions n'ont pas manqué d'avoir des implications sur l'éthique médicale et l'idée que les professions ont d'elles-mêmes. Le code de déontologie de la FMH précise ainsi que le médecin n'est pas seulement tenu au bien-être et à la santé de ses patients; une annexe correspondante, datant de 2003, énonce qu'il est en même temps lié de manière explicite au «principe d'une médecine coût-efficace»⁵.

Dans ce contexte, il apparaît clairement que l'introduction des forfaits par cas concerne également la transparence des données de décompte, mais sans s'y limiter d'aucune manière. Celle-ci, au contraire, est considérée comme une condition préalable, permettant la «comparabilité et, ainsi, une concurrence contrôlée entre les fournisseurs de prestations. Cependant, le système [des indemnités forfaitaires par cas] peut également servir d'instrument de planification aux cantons et de complément aux instruments de gestion internes des hôpitaux» (Conti 2004). S'inscrivant dans le cadre de la révision partielle de la LAMal, le but avoué des DRG est en même temps «[...] d'axer les incitations plus spécifiquement sur la maîtrise des coûts.»⁶

En résumé, la mise en œuvre des DRG doit contribuer aux objectifs suivants:

- documentation complète des diagnostics et prestations et, par conséquent, transparence des données de décompte;
- possibilités de benchmarking (ou analyse comparative) et de contrôle de la gestion;
- incitation à la concurrence entre les hôpitaux;
- gestion des coûts.

Avec l'introduction des forfaits par cas, c'est une amélioration de la mesure et de la gestion de la qualité qui est exigée, pour faire face au risque de voir des économies se réaliser au détriment de la qualité du traitement.

Quels sont les changements par rapport à la situation existante?

Les nombreux facteurs d'influence rendent difficile une prévision exacte: que se produira-t-il en Suisse lorsque ce ne seront plus seulement quelques hôpitaux isolés qui se serviront des DRG pour les décomptes, mais que les forfaits uniformes par cas seront mis en place sur le plan fédéral, comme instruments d'orientation dans le but de maîtriser les coûts?

La comparaison avec d'autres pays tels que l'Allemagne peut servir de repère. Tandis que les forfaits par cas ont fait, là-bas, l'objet de critiques sévères, en particulier de la part des médecins, le produit German DRG est interprété, sur le plan de la politique de santé, comme un modèle de réussite à tous égards.⁷

Si la recherche d'accompagnement – officielle, prescrite par la loi et incluse dans le système G-DRG – a, en Allemagne, pour but de recenser et d'éviter les baisses de

qualité, elle n'a toutefois pas, jusqu'ici, démarré de manière satisfaisante (Braun, Buhr et coll. 2008). En ce qui concerne cette recherche d'accompagnement, «l'Institut Allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif» (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK), lui-même, se limite à publier des chiffres concernant des données structurelles sur les hôpitaux et des données de cas.⁸

Cependant, même s'il existait des résultats allemands complets, ceux-ci ne seraient pas forcément applicables pour plusieurs raisons: différences au sein du système de santé, situation économique et politique initiale, contexte spécifique (historique et culturel). Les changements à réaliser seront complexes. Il est impossible de considérer isolément les DRG, à la manière d'un phénomène unique, détaché de son contexte.

Les réflexions de fond qui suivent semblent néanmoins appropriées: quelles seront les conséquences (souhaitables, mais aussi indésirables) de cette transformation, en interprétant l'introduction des DRG comme l'expression d'un «changement de paradigme», au sens d'une économicisation du système de santé?⁹

Si des notions et concepts tels que «l'optimisation des processus», «l'amélioration de l'efficacité» et «l'acquisition de clients» prennent, au quotidien médical, plus d'importance que par le passé, quelle sera leur influence sur la pensée et l'action médicales (Binswanger 2007)?¹⁰ Lors d'une réunion d'information sur les DRG, Eugen Münch, président du conseil de surveillance du groupe hospitalier allemand Rhön-Klinikum AG a qualifié la relation (basée sur la confiance) entre médecin et patients de modèle traditionnel et dépassé, pour élaborer une vision où les «utilisateurs» autonomes souhaitaient se doter des innovations médicales les plus récentes afin d'accroître leur bonheur.

Quelles seront les conséquences des efforts – visant à la maîtrise des coûts et à la suppression des surcapacités – pour un système de santé solidaire qui reconnaît à tous le même accès à des soins de base de grande qualité? Une étude menée aux États-Unis a ainsi révélé que les décomptes réalisés à l'aide des forfaits par cas, favorisaient les hôpitaux situés dans les zones à forte concentration urbaine qui pouvaient être financés par des DRG «rentables». Le résultat s'est traduit par un préjudice causé aux hôpitaux de zone rurale qui, de par leur mission de service, étaient obligés de disposer de capacités de réserves accrues, sans pouvoir choisir, en même temps, la voie de la rentabilité (Gianfrancesco 1990).

à suivre p. 4

5 Cf. article 3 alinéa 2 du Code de déontologie, www.fmh.ch/de/data/pdf/standesordnung_2008.pdf.

6 Message du Conseil fédéral concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier) du 15 septembre 2004, FF 2204 5207, P. 5211.

7 Cf. par exemple Süddeutsche Zeitung: Von der Chaosreform zum Exportschlager, 18.8.2008.

8 www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Begleitforschung_gem_17b_Abs_8_KHG.

9 Cf. le titre du congrès annuel 2007 des hôpitaux et cliniques suisses: «Changement de paradigme au sein du système de santé suisse – les DRG comme instruments d'optimisation des processus». Le titre de la conférence d'un représentant de Porsche Consulting GmbH était à l'avenant: «La thérapie Porsche – les processus cliniques suivent l'exemple de l'industrie automobile». (www.euroforum.ch/DATA/pdf/P5100222.pdf).

10 www.gesundheitssymposium.ch/pflege_vortraege/chancen_risiken_und_tendenzielle_folgen.pdf.

Quelles sont les conséquences possibles pour les patients et les professionnels de la santé?

Selon une méta-analyse des données essentiellement américaines, les conséquences possibles de l'adoption du système de forfaits par cas sont les suivantes (Lenk, Biller-Andorno et coll. 2005):

- réduction de la durée moyenne du séjour;
- besoins en soins accrus au moment de la sortie;
- changement de l'infrastructure médicale, comme par exemple, une diminution du nombre de lits réservés dans les unités de soins intensifs;
- hausse du taux de mortalité dans les foyers de soins, due au transfert du lieu de décès;
- aggravation de l'état de santé au moment de la sortie (liée au problème des sorties prématurées).

Parmi les autres craintes fréquemment citées, on trouve:

- «l'effet tourniquet»: réadmission des patients, après un bref laps de temps et suite à une sortie précoce de l'hôpital dans un état instable;
- la séquentialisation des traitements: le traitement est limité à un diagnostic principal par séjour hospitalier; les tableaux cliniques complexes sont divisés en plusieurs diagnostics principaux qui peuvent alors être traités et facturés séparément;
- la tendance à «se tailler la meilleure part du gâteau»: une sélection s'opère en vue d'accueillir les patients qui sont particulièrement rentables;
- l'augmentation du temps consacré à la documentation: elle réduit, d'une part, au strict minimum le temps passé avec les patients (au détriment de ces derniers) et engendre, d'autre part, un appareil administratif excessif: le système DRG ne prévoit pas de «décompte» en ce qui concerne le temps consacré aux entretiens et à l'information des patients;
- les hôpitaux faisant sortir les patients le plus tôt possible, les besoins en soins sont déplacés vers les institutions chargées du suivi. Ces dernières ne sont toutefois pas adaptées – du point de vue des capacités et des compétences – aux besoins croissants.

La collecte des données concernant les soins aux patients ne va cependant pas sans poser de problème. À titre d'exemple, il n'existe pas, jusqu'ici, de données allemandes fiables; dans l'ensemble, celles dont on dispose sont rares et contradictoires. Mais on peut également se demander s'il est vraiment possible de présenter des changements dont on prouvera qu'ils sont bien le produit des DRG. Cette attribution monocausale (aux DRG) ne sera guère possible, vu les changements complexes qui ont lieu à tous les niveaux du système de santé.

En revanche, ce qui s'est manifesté de manière très nette au cours d'études réalisées en Allemagne, ce sont les conséquences pour les professionnels de la santé. Et les résultats sont alarmants: c'est ainsi qu'une étude qualitative détaillée (et basée sur une enquête) décrit un accroissement extrême de la charge de travail – occasionnée par les structures d'orientation et de concurrence suscitées par les DRG – qui débouche sur une perte de la motivation au travail: intérieurement, les personnes concernées prennent «leurs distances» face à leur travail, les patients se retrouvent hors de vue et «le sourire se perd» (Manzeschke 2006).

Une étude transversale et longitudinale de grande envergure (Wandel in Medizin und Pflege im DRG-System – WAMP), menée par le Wissenschaftszentrum Berlin et l'Université de Brême (Allemagne), montre clairement les rapports conflictuels qui existent entre l'éthique médicale et l'action réelle au sein du système d'incitations et de sanctions. Bien que les décisions médicales et paramédicales soient motivées de fait par le calcul de rentabilité économique, elles sont présentées – entre autres, face aux patients – comme une nécessité médicale (Buhr/Klinke 2006; Klinke/Kühn 2006; Klinke 2008). Par ailleurs, il s'est avéré que le nombre des soignants a continuellement baissé en Allemagne, depuis l'introduction des DRG. En même temps, la part des soins consacrée au travail direct avec le patient s'est réduite (Bartholomeyczik 2007).

Quels sont les effets escomptés d'une recherche éthique d'accompagnement?

L'introduction de nouveaux instruments de financement dans le domaine de la santé possède un caractère expérimental qui a souvent été sous-estimé. Les conséquences et implications ne peuvent être relevées de manière adéquate qu'à l'aide d'un accompagnement standardisé et soigné, comme celui qui est déjà d'usage en ce qui concerne par exemple la recherche pharmaceutique. Une «recherche éthique d'accompagnement» relative à l'introduction des forfaits par cas – du type de celle qui a récemment été exigée de manière résolue par la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (CNE 2008) – est actuellement en cours de réalisation (Wild/Biller-Andorno 2008)¹¹. Les points suivants apparaissent clairement dans ce contexte:

- Il n'est pas possible de se limiter à la collecte du nombre de cas et des différents taux (morbidité, mortalité, complications), si l'on souhaite accompagner de manière adéquate l'introduction des DRG. Une recherche d'accompagnement, significative sur le plan éthique, exige que l'on évalue d'autres critères, comme par exemple:
 - la satisfaction au travail des médecins et soignants,
 - le temps consacré aux entretiens (au sein de l'équipe, avec les patients et leurs proches),
 - l'apparition de conflits d'intérêts (par exemple, entre le bien-être du patient et la réussite économique de l'établissement) ainsi que
 - la question de l'accès au système de santé pour certains groupes de patients.
- Il est également nécessaire de définir le rapport qui existe entre la recherche éthique d'accompagnement et la gestion de la qualité (dont la nécessité est par ailleurs indiscutable). Quant aux différents intervenants (médecins, infirmiers, administration, patients, politique de santé, assureurs, etc.), qu'entendent-ils par qualité et comment faudrait-il la définir, sous une perspective éthique? Outre la question des facettes et des éléments à considérer par rapport à la gestion de la qualité et à la recherche éthique d'accompagnement, il s'agit également de savoir comment associer ces derniers. Au-delà des questions de définitions et de normes, il faut donc développer des instruments méthodiques et des stratégies relatives à la procédure.

11 Cf. également www.research-projects.uzh.ch/p9185.htm.

12 Dans sa prise de position, la CNE souligne également cet aspect important.

- Dans ce contexte, ce sont les données provenant de la recherche sur les soins qui constituent la condition préalable d'une recherche d'accompagnement, porteuse d'informations au niveau empirique. L'éthique peut contribuer ici à attirer l'attention sur les zones particulièrement sensibles: dans le cadre d'études qualitatives ou quantitatives menées avec les professionnels de la santé, elle peut permettre par exemple d'établir dans quels domaines le relevé de paramètres précis se révèle d'une grande importance du point de vue éthique (citons par exemple, les répercussions du seuil inférieur de séjour hospitalier en pédiatrie).

Si elle souhaite être efficace, la recherche éthique d'accompagnement devra donc collaborer étroitement avec les disciplines empiriques et viser un cadre adéquat pour son installation durable. C'est ainsi qu'elle soulèvera par exemple la question de la situation professionnelle¹² et apportera des contributions sous la forme d'aspects analytiques et normatifs: quelles sont les répercussions de l'accroissement de la charge de travail et de l'augmentation de l'efficacité – tels qu'on les observe en situation de DRG – sur la qualité de l'environnement professionnel? Dans quelle mesure existe-t-il, chez le médecin et le soignant, un désaccord entre le «moi» idéalisé et le «moi» réel? Comment les intervenants, pris isolément, décrivent-ils leur expérience de ce monde peut-être double? Comment s'y prendre avec cette problématique sur le plan institutionnel? Quels sont les processus concrets qui permettent la prévention et la surveillance (monitoring) continue? Les échanges avec les experts en DRG et les économistes de la santé sont indispensables pour traiter ces problèmes de manière nuancée et débattre de façon critique des résultats de l'analyse.

Plus loin, l'introduction des forfaits par cas soulève des questions clés qui accompagnent constamment la médecine: qu'est-ce qui fait un bon médecin? Comment s'y prendre – sur le plan personnel, institutionnel et au niveau de la politique de santé – avec le rapport conflictuel qui existe entre la rentabilité et le bien-être du patient ainsi que l'équité de l'accès aux soins? La recherche éthique d'accompagnement peut enrichir de manière décisive ce débat normatif, grâce à des données empiriques concrètes auxquelles viennent s'ajouter une synopsis et une évaluation critique des arguments issus des perspectives propres aux différentes parties prenantes.

*Dr Verina Wild,
lic. phil. Eliane Pfister,
Prof. Nikola Biller-Andorno, Zurich*



Verina Wild est maître assistante à l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Zurich; elle a travaillé précédemment dans le service de médecine interne d'un hôpital allemand, en qualité de médecin assistante.



Eliane Pfister est collaboratrice scientifique à l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Zurich.



Nikola Biller-Andorno dirige l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Zurich et est membre de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM.

Bibliographie

- Bartholomeyczik (2007). «Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege». Langfassung des Artikels aus Dr. med. Mabuse Nr. 166, März/April 2007. from http://mabuse-downloads.de/zeitschrift/166_Bartholomeyczik.pdf.
- Binswanger, R. O. (2007). «Transformation du mode de pensée et d'action des médecins à l'hôpital.» Bulletin des médecins suisses 2007(08): 318–321.
- Braun, B., P. Buhr, et al. (2008). «Ausser Spesen nichts gewesen... oder ein (fast) gescheitertes Experiment der Politikfolgenanalyse.» Dtsch Arztebl 105(14): A 732–A736.
- Buhr, P. and S. Klinke (2006). «Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien.»
- Conti, C. (2004): «Objectif clair dès le départ.» Newsletter SwissDRG 01: 1.
- Dolenc, D. A. and C. J. Dougherty (1985). «DRGs: The Counterrevolution in Financing Health Care.» The Hastings Center Report 15(3): 19–29.
- Fetter, R. B., J. L. Freeman, et coll. (1985). «DRGs: how they evolved and are changing the way hospitals are managed.» Pathologist 39(6): 17–21.
- Gianfrancesco, F. D. (1990). «The fairness of the PPS reimbursement methodology.» Health Serv Res 25(1 Pt 1): 1–23.
- Klinke, S. (2008). Ordnungspolitischer Wandel im stationären Sektor. 30 Jahre Gesundheitsreform, DRG-Fallpauschalensystem und ärztliches Handeln im Krankenhaus. Berlin, Pro Business.
- Klinke, S. and H. Kühn (2006) Auswirkungen des DRG-Entgeltungssystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004.
- Kocher, G. (2004). «Zweitwertestes Gesundheitswesen der Welt.» Schweizerische Ärztezeitung 85(40): 2142–2144.
- Lenk, C., N. Biller-Andorno, et al. (2005). «Ethics and diagnosis related groups.» Dtsch Med Wochenschr 130(27): 1653–5.
- Manzeschke, A. (2006). «Wenn das Lächeln verloren geht». Beobachtungen zu Profession und Ethos in den Gesundheitsberufen. Sozialer Sinn. Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung 2(7): 251–72.
- Moscho, A., M. Rowold, et al. (2006). «Universitätsklinikum Freiburg: Schlankheitskur mit Modellcharakter.» Dtsch Arztebl 103(7): 390–.
- Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (CNE) (2008). Introduction de forfaits par cas liés au diagnostic dans les hôpitaux suisses. 15/2008. Office fédéral de la santé publique. Berne.
- Streit, R. (2000). «Warum steigen die Kosten im Gesundheitswesen überproportional an?» Schweizerische Ärztezeitung 81(40): 2263–2267.
- Wild, V. et N. Biller-Andorno (2008). «Introduction des forfaits par cas en Suisse: une question d'éthique.» Bulletin des médecins suisses 89(9): 361–365.
- Zimmermann-Acklin, M. and H. Halter (2007). Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel, EMH – Schweizerischer Ärzteverlag.

L'introduction de SwissDRG



*Commentaire du Conseiller d'Etat Dr Carlo Conti
Directeur du département de la Santé, Bâle-Ville
Président du Conseil d'administration de SwissDRG AG
et Vice-Président de la CDS*

Les arguments en faveur de l'introduction de SwissDRG, les problèmes éventuels et la façon de les aborder.

À partir du 1^{er} janvier 2012, les prestations hospitalières en soins aigus seront réglementées selon un système de forfait par cas pour l'ensemble de la Suisse (SwissDRG). SwissDRG offre des avantages à plusieurs niveaux:

L'introduction de SwissDRG modifie fondamentalement le système de financement des hôpitaux. L'uniformisation par SwissDRG apporte une meilleure transparence au sein des hôpitaux et permet une évaluation parlante du rapport entre prestations, coûts et prix. De plus, le transfert vers un système DRG pour l'ensemble de la Suisse permet de fixer correctement les incitations financières et de bénéficier d'une structure qui propose de réelles possibilités de négociations tarifaires entre les assureurs et les hôpitaux. Un tel système est bien plus «équitable» et donne aux hôpitaux plus de responsabilité dans leur gestion d'entreprise. Dès lors, ces derniers seront plus conscients de leurs points forts; ils seront appelés à se spécialiser de plus en plus et pourront ainsi améliorer de façon significative la qualité de leurs prestations. SwissDRG offre aux autorités cantonales un instrument d'orientation pour la planification des soins et la délivrance des mandats de prestations. SwissDRG propose un changement de paradigme allant du principe de couverture des frais vers le financement des prestations. Avec la révision de la Loi sur les assurances maladies, les différences entre les hôpitaux publics et privés disparaissent en même temps que les garanties de déficit de l'État et le libre choix de l'hôpital est possible. Ceci impliquera que les cantons se concertent lors de la planification des besoins et que la coopération et les collectives soient encouragées au-delà des frontières cantonales. Les patients choisiront les hôpitaux en fonction de la qualité des prestations, ce qui entraînera une compétitivité entre les différents hôpitaux. Dans notre système fédéraliste, les DRG créeront les conditions nécessaires à cette compétitivité. Dès lors, il sera important et utile d'établir une recherche concomitante, notamment pour un contrôle suffisant de la qualité.

Comme tous les systèmes tarifaires, les DRG ont également leurs inconvénients: Si d'un côté, le travail lié à la saisie des diagnostics et des prestations augmente dans les hôpitaux, il leur permet par ailleurs de disposer de meilleures données sur leurs activités, ce qui profitera à nouveau au contrôle de la gestion économique et médicale. En tant que classification, le système DRG doit aussi être continuellement développé pour rester au niveau du progrès médical. Les expériences dans d'autres pays ont montré que ce système pouvait très bien fonctionner, à condition de laisser la gestion des tarifs à une institution professionnelle. C'est dans ce but que

SwissDRG a été fondé au début de l'année. Cette société anonyme est chargée de garantir l'introduction et le développement de la structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse; elle introduit dans ce but un centre de compétence, le Case-Mix-Office (CMO). Le rôle principal du CMO est de trouver des possibilités pour améliorer la structure tarifaire et de vérifier si elles sont appropriées. Cette vérification s'effectue au moyen de calculs basés sur les prestations et les coûts d'un choix représentatif d'hôpitaux. Des propositions de modifications peuvent être présentées sous forme de motion par les partenaires tarifaires, le corps médical et les cantons d'une part, et élaborées directement par le CMO d'autre part.

Finalement, les systèmes DRG devraient, en principe, permettre de réduire la durée moyenne d'hospitalisation. Cette conséquence est tout à fait souhaitable, car en Suisse la durée d'hospitalisation est proportionnellement trop élevée. Il conviendra toutefois de veiller à ce que les renvois à domicile prématurés ne deviennent pas trop fréquents. Pour cette raison, les soins de transition doivent être renforcés.

En choisissant le système G-DRG allemand, nous pourrions profiter des expériences faites en Allemagne. Le G-DRG est un système qui, d'un point de vue technique, correspond à nos besoins. Il s'agit d'une structure tarifaire très détaillée, bien documentée, qui évalue toutes les prestations aiguës somatiques en fonction de la gravité de la pathologie du patient. Les difficultés du début, rencontrées par les allemands, nous seront épargnées, car en Allemagne – contrairement à la Suisse – les investissements ne sont pas compris dans les forfaits, ce qui a conduit à un blocage des investissements dans les hôpitaux publics.

Toutefois, dans la mutation qui s'annonce, l'aspect démographique ne doit pas être oublié: la politique de la vieillesse et celle des soins aux personnes âgées se trouvent actuellement en pleine mutation. L'évolution démographique en Suisse laisse supposer que le nombre des personnes âgées augmentera encore dans les prochaines années. Il est clair que dès aujourd'hui des jalons doivent également être posés dans la politique de la vieillesse. L'introduction de SwissDRG oblige les autorités cantonales – en raison des durées d'hospitalisation élevées – à séparer la gériatrie du domaine des soins aigus, d'où une augmentation du nombre d'hôpitaux spécialisés en gériatrie. Dorénavant les capacités des institutions de soins de longue durée doivent être planifiées de façon plus centrale et au niveau régional, ce qui rend indispensable une planification des capacités bien au delà des frontières.

«Prix Excellence 2008» décerné à Andrea Strässle

Le 27 novembre 2008, dans le cadre de la séance d'automne du Sénat, l'ASSM a décerné pour la quatrième et dernière fois son prix médiatique, le «Prix Excellence». Ce prix d'un montant de CHF 10 000.– est attribué à Andrea Strässle pour son article «Schmerz» (la douleur), publié par le magazine *Natürlich*. A partir de 2009, le prix médiatique des académies suisses des sciences remplacera le «Prix Excellence». Ci-après les remerciements de la lauréate:

Je remercie de tout cœur l'ASSM pour cette distinction, par laquelle elle honore les efforts déployés par les journalistes scientifiques pour relater des sujets scientifiques et s'interroger à leur sujet. Je me réjouis de recevoir le Prix Excellence de cette année.

La décision du jury m'est parvenue de façon tout à fait inespérée. Le jury s'est risqué à distinguer un article paru dans un magazine principalement consacré aux méthodes de soins naturelles – le magazine «*Natürlich*», ce qui est loin d'être évident. Je m'en souviens très bien: lorsque la rédaction de ce magazine m'avait proposé de rédiger un article, j'ai été plutôt sceptique. Je me suis demandée si, en tant que journaliste scientifique avec une formation scientifique et un certain scepticisme envers les méthodes de la médecine alternative, j'étais l'auteur idéal pour une telle publication. Toutefois, l'entretien avec la rédaction m'a révélé que l'on n'attendait pas de mon article une argumentation pour ou contre la médecine alternative ou la médecine traditionnelle, mais juste une information correcte, compréhensible et com-



d. g. à d.:
Prof. Stéphanie Clarke,
Présidente du jury;
Andrea Strässle,
lauréate;
Prof. Peter Suter,
Président de l'ASSM.

plète destinée aux lecteurs sur le sujet de la douleur. Mon travail pour «*Natürlich*» a été un défi: non seulement celui de satisfaire le public très spécial de ce magazine, mais aussi de lui transmettre un certain nombre de faits scientifiques et de connaissances médicales.

J'aimerais encore souligner autre chose: en tant que journaliste indépendante, je sais apprécier ce prix à sa juste valeur. Les budgets des rédactions subissent de plus en plus de pressions, les honoraires ne sont plus proportionnels au temps et au travail exigé par les recherches nécessaires à la rédaction d'un article scientifique. Dans ce contexte, les journalistes indépendants sont de plus en plus souvent amenés à se demander s'ils doivent restreindre leurs recherches et faire finalement des concessions sur la qualité de leur article afin de maintenir un certain équilibre entre leur honoraire et le temps passé au travail. Un prix comme le «Prix Excellence» est – notamment pour les journalistes indépendants – un soutien important, tant idéologique que financier. Je vous en remercie de tout cœur.



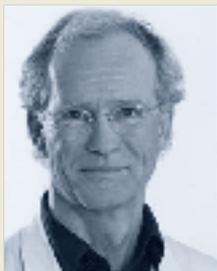
Départ de Claude Regamey en tant que Président de la CCE

Claude Regamey a présidé la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de 2006 à 2008. Pendant cette période, cette commission dont le travail est indispensable à la mission clé ainsi qu'à la renommée de l'Académie, a déployé un nombre impressionnant d'activités. C'est avec beaucoup d'engagement et d'enthousiasme qu'il a dirigé et coordonné les travaux d'une bonne douzaine de groupes de travail de la CCE qui ont édicté des nouvelles directives et recommandations, élaboré des prises de position sur des questions éthiques d'actualité et entretenu d'étroits contacts avec d'autres commissions suisses ou étrangères. De même, Claude Regamey a su orienter avec justesse ces nombreuses activités et poser d'importants jalons avec une énergie et une endurance proverbiale, une clairvoyance rare, un horizon étendu et toujours avec beaucoup d'humanité.

Durant toute la période à la tête de la CCE, l'Académie a bénéficié de la compétence de Claude Regamey en tant que clinicien, mais également de sa longue expérience comme chef de clinique en médecine interne à Fribourg et, finalement, de sa sensibilité en tant qu'enseignant – depuis 1983 il est professeur à la faculté de médecine de Genève. Les objectifs atteints par la CCE ces dernières années ainsi que sa crédibilité dans l'opinion publique parlent d'eux-mêmes.

Nous remercions de tout cœur Claude Regamey et lui souhaitons bonne chance et bonne santé pour la prochaine étape de sa vie. Bon vent!

*Prof. Peter Suter,
Président de l'ASSM, Genève*



Nouveau président de la Commission Centrale d'Éthique

Lors de sa séance du 27 novembre 2008, le Sénat de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a élu le Professeur Christian Kind de St. Gall nouveau Président de la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM. Le Professeur Christian Kind succède au Professeur Claude Regamey, Président de la CCE depuis janvier 2006.

Christian Kind est médecin spécialiste FMH en pédiatrie. Il est médecin-chef du service de pédiatrie à l'Hôpital des enfants de St. Gall. Christian Kind était membre de la CCE depuis 2000 et a, entre autre, présidé la sous-commission responsable de l'élaboration des directives médico-éthiques concernant le traitement médical et la prise en charge de personnes en situation de handicap. En 2007, il a été élu membre individuel de l'Académie. Depuis juin 2008 il est, par ailleurs, membre du comité de direction.

Christian Kind dispose d'une riche expérience clinique, principalement axée sur le domaine de l'épidémiologie des infections transmises verticalement. Il se distingue par un intérêt prononcé pour les questions médico-éthiques, notamment pour les discussions éthiques concernant les situations à la limite de la vie humaine.



Nouvelle sous-commission «Consultation d'éthique clinique»

Les institutions du système de la santé proposent de plus en plus souvent des procédures structurées – comme par exemple des commissions ou des forums d'éthique clinique ou une consultation professionnelle – pour les discussions de problèmes éthiques. Les enquêtes menées par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), en 2002 et 2006, auprès des hôpitaux de soins aigus, cliniques psychiatriques, institutions de soins de longue durée et centres de réhabilitation en Suisse confirment cette tendance. La Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM soutient cette évolution; avec ses directives ou recommandations, elle aimerait contribuer à une prise de décision juste et durable face à des problèmes d'éthique clinique. Les directives ou recommandations définissent en particulier le rôle de la consultation d'éthique dans les hôpitaux, les missions et limites de la consultation d'éthique et la garantie de la qualité. La CCE a constitué une sous-commission «Consultations d'éthique clinique», dirigée par le Dr Samia Hurst de Genève. Font également partie de cette sous-commission Dr Christoph Arn de Zurich, PD Dr Georg Bosshard de Zurich, Jacques Butel de Genève, Dr Charles Chappuis de Berne, Dr Carlo Foppa de Lausanne, Irma Graf de St. Gall, Prof. Annemarie Kesselring de Berne, Prof. Roberto Malacrida de Lugano, Dr Barbara Meyer-Zehnder de Bâle, Dr Rouven Porz de Berne, Prof. Markus Wolfensberger de Bâle et lic.iur., MAE, Michelle Salathé du secrétariat général de l'ASSM, Bâle.

ACADÉMIES-SUISES

Prof. Peter Suter nouveau président des Académies suisses des sciences

Lors de sa séance du 20 octobre 2008, l'assemblée des délégués des Académies suisses des sciences a élu le Prof. Peter Suter nouveau Président des Académies suisses des sciences; il remplace le Prof. René Dändliker depuis le 1^{er} janvier 2009.

Peter Suter a étudié la médecine à Zurich et Vienne. Entre 1984 et 2005, il fut Professeur de médecine intensive à Genève. Il fut durant plusieurs années doyen de la Faculté de médecine et aussi vice-recteur à la recherche de l'Univer-

sité de Genève. Peter Suter est membre depuis 2000 et président depuis 2004 de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM).

Les Académies suisses des sciences remercient chaleureusement René Dändliker pour son engagement pour la cohésion des académies. C'est cet engagement qui a permis aux Académies suisses des sciences de lancer avec beaucoup d'élan de multiples activités et contribuer ainsi à leur défense.



SAMW

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy of Medical Sciences

Le bulletin de l'ASSM paraît 4 fois par an.

en 3000 exemplaires (2200 en allemand et 800 en français).

Editeur:
Académie Suisse des Sciences Médicales
Petersplatz 13
CH-4051 Bâle
Tél. 061 269 90 30
Fax 061 269 90 39
mail@samw.ch
www.assm.ch

Rédaction:
Dr Hermann Amstad,
Secrétaire général

Collaboration:
lic. iur. Michelle Salathé,
Secrétaire générale adj.
Dr Katrin Kuehnle,
Collaboratrice scientifique

Présentation:
vista point, Bâle

Imprimé par:
Schwabe, Muttentz

ISSN 1662-6036



membre des
Académies suisses des
sciences