

Hansueli Albonico

DRG: plutôt que de bricoler des solutions transitoires, adoptons un moratoire

Au fur et à mesure de son introduction dans les soins hospitaliers aigus en Suisse, le système d'indemnisation basé sur les DRG a fait apparaître de sérieux problèmes. On tente à présent de les corriger par une multitude de solutions transitoires, mais il vaudrait mieux adopter un moratoire pour clarifier la situation. D'autant plus que la recherche concomitante dont on a tant parlé arrive irrémédiablement trop tard.

En application de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal), le Parlement a voté en faveur de l'introduction des forfaits par cas (DRG) au sein de l'approvisionnement hospitalier aigu dans tous les hôpitaux de Suisse. Les parlementaires n'en étaient pas vraiment convaincus, et même les représentants du peuple les plus engagés ne savaient pas tant dans quelle aventure la Suisse allait s'embarquer ainsi. Le projet n'a été accepté que par 90 oui contre 52 non et 56 abstentions. Pourtant le contexte politique entourant les DRG est bien délimité: il s'agit de créer des incitations en vue d'améliorer l'efficacité des coûts sur les plans de la gestion d'entreprise et de l'économie nationale, et la sensibilité ainsi que la responsabilité budgétaire, tout particulièrement chez les médecins.

Il est bien connu que les systèmes DRG sont nés dans le secteur de la chirurgie. On ne pouvait plus accepter que pour une appendicite, les patients soient hospitalisés pendant une semaine dans un établissement et qu'ailleurs, où on les fait sortir après deux jours, ils coûtent deux fois moins cher. Les processus chirurgicaux se prêtent assez bien à la standardisation et à l'identification par un code. Mais lorsque la codification est appliquée à l'ensemble de la médecine aiguë, elle conduit à un système extrêmement compliqué comprenant des milliers de codes de saisie pour les diagnostics principaux et secondaires (déjà 50 diagnostics par patient aujourd'hui). S'y ajoutent les codes nécessaires pour les procédures diagnostiques et thérapeutiques, auxquelles des calculs ingénieux basés sur des indices de *case-mix* permettent d'attribuer des coefficients de pondération des coûts (*case weight*); ces coefficients sont combinés à un prix de base (*base rate*) pour déterminer le montant de la rémunération octroyée par les assureurs maladie. Le calcul du coût comprend également celui de la durée maximale d'alitement du patient, dont le dépassement est sanctionné par des déductions.

Le système DRG est utilisé dans le canton de Berne depuis deux années et demie, et ma double fonction de médecin de famille et de médecin hospitalier m'a permis d'observer personnellement son introduction sous deux angles distincts. J'ai localisé des problèmes sur trois plans: premièrement, les DRG sous leur forme actuelle ne sont pas un moyen approprié pour atteindre les objectifs fixés en matière de politique de la santé; deuxièmement, ils entraînent une «déprofessionnalisation» inquiétante du médecin; troisièmement, ils favorisent une approche pathogénique qui réduit à néant tous les efforts de maîtrise de coûts.

Symposium national sur le thème «Économicisation de la médecine? Introduction des DRG dans les hôpitaux suisses: un défi éthique» du 10 juin 2009. L'auditorium de la clinique de pédiatrie de l'Hôpital de l'Île, à Berne, est bondé. Sous la direction de la

Commission nationale d'éthique et de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, les intervenants font «le tour des questions sur l'introduction des DRG dans les hôpitaux suisses». En tendant l'oreille, je constate avec étonnement que la majorité de l'assistance n'est pas du tout favorable aux DRG. Elle est au contraire scandalisée par ce qui l'attend. Mais personne n'ose évoquer l'impensable: remettre les DRG à plus tard.

Manquer le but tout en provoquant d'énormes dommages collatéraux

Cet été, l'Académie de médecine humaine de l'Hôpital d'Affoltern¹ a lancé une récolte de signatures en faveur d'un moratoire sur les DRG [1]. Par cette action, nous exprimons notre conviction que les DRG ne peuvent pas atteindre les objectifs visés en matière de politique de la santé, à savoir la transparence, la comparabilité et l'accroissement d'efficacité, et que la «logique» des DRG est basée sur des données économiques de court terme qui vont entraîner des dommages collatéraux irréversibles au sein du système de soins [2]. A titre d'exemple, le texte du moratoire énumère douze points montrant que d'importantes questions n'ont pas du tout été clarifiées, par ex. la sécurité de l'approvisionnement en soins, la protection des données, le maintien des postes de soin et la planification réaliste de la couverture des frais d'investissement des hôpitaux.² Quant à «notre» projet national, les «Swiss-DRG», on ne peut pas encore raisonnablement envisager sa faisabilité, car les hôpitaux tardent à livrer leurs données et la base de données est par conséquent absolument insuffisante [3]. Il n'est donc pas étonnant que le rapport du Conseil fédéral répondant au postulat déposé par Christine Goll en été 2010 ne soit pas très optimiste quant au respect des délais [4]. Actuellement, tout concourt à mettre de l'ordre en un temps record dans cette confusion [5, 6]. Mais les praticiens doivent prioritairement répondre à deux grandes questions: comment voulons-nous prendre en charge l'externalisation des prestations et des coûts du domaine hospitalier vers le domaine ambulatoire? Et comment nous affirmerons-nous lorsqu'il s'agira d'appliquer le système des DRG au secteur ambulatoire?

Je trouve préoccupant qu'en Suisse aussi, les médecins se laissent pervertir par le système DRG.

Déprofessionnalisation du médecin

L'entrée en vigueur des DRG n'est rien de moins qu'une attribution de la gestion médicale des cas à l'économie informatisée plutôt qu'aux médecins [7]. Il ne s'agit pas seulement d'un déplacement de la médecine vers l'économie mais aussi, et cela me semble bien plus révélateur, d'un transfert de contrôle de l'être humain vers l'informatique. Si la prépondérance de l'économie est déjà préoccupante en soi, il apparaît d'autant plus inquiétant que le système

¹ www.akademie-afoltern.ch.

² www.drg-moratorium.ch.

DRG remplace le médecin chef, l'infirmière responsable ou le directeur de clinique par une nouvelle instance anonyme, impersonnelle et extrêmement autoritaire: le «*grouper*». «Sous le régime des DRG, c'est le *grouper* qui dirige» lit-on dans l'article de Jürg Steiner intitulé «la nouvelle façon d'être malade», publié dans la Berner Zeitung, et encore: «cependant, le *grouper* n'est pas un médecin spécialiste en chirurgie mais un logiciel très élaboré, capable de transformer, par ex., un patient individuel et sa vésicule biliaire en un cas codé» [8]. Dans l'ombre du *grouper*, on trouve un fabricant de logiciels et la société anonyme privée «Swiss-DRG», dont les actionnaires principaux sont l'association faîtière des caisses maladie, l'association des hôpitaux, la conférence des directeurs cantonaux de la santé et la Fédération des médecins suisses FMH, alors que l'association des infirmiers et les associations de patients n'y figurent pas.

Werner Bauer, président de l'ISFM, s'est référé au directeur honoraire de l'Institut d'histoire de la médecine de l'Université de Munich, Paul Unschuld, pour pointer du doigt la «déprofessionnalisation» [9] manifeste associée à l'économicisation de la médecine [10]. Je trouve préoccupant qu'en Suisse aussi, les médecins se laissent pervertir par le système des DRG. Ce faisant, nous plaçons l'acte médical sous le contrôle de l'économie, et nous sacrifions notre aptitude à la réflexion médicale pour nous adonner à des considérations de surface sur l'efficacité.

Visite du médecin chef en été 2009. Le patient P.S., 67 ans, souffre d'un cancer du larynx depuis 14 ans. Peu avant son admission à l'hôpital, une trachéotomie est devenue nécessaire pour maintenir sa respiration, et une sonde PEG a été mise en place pour assurer son alimentation. Par le passé, Monsieur S. avait déjà dû subir une fois une intubation avec ventilation en raison d'une insuffisance respiratoire. Aujourd'hui, après deux semaines d'hospitalisation, l'état du patient s'est nettement amélioré grâce à l'excellente qualité du traitement et de la prise en charge par notre service hospitalier. En particulier il n'a plus subi d'accès de suffocation. C'est justement dans ce genre de situation que je me trouve pris dans un sérieux conflit interne: si un patient doit être ventilé après une trachéotomie, il faut parfois le garder à l'hôpital aigu pendant jusqu'à deux mois; mais à présent, nous devons l'expédier prématurément vers le premier établissement de soins venu. Lors du débat éthique mené au sein de la direction, nous sommes forcés de constater que si la base économique n'est pas sécurisée, nous ne pouvons plus fournir des soins de qualité. Par conséquent, à la grande stupeur de l'équipe soignante et des proches, je dois entreprendre sans tarder les démarches nécessaires pour que le patient quitte l'hôpital.

Boomerang économique

Même d'un point de vue strictement économique, il va s'avérer que le système DRG dans son ensemble est un boomerang. En favorisant une approche pathogénétique qui consiste à affubler le patient du plus grand nombre possible de diagnostics et de procé-

dures, ce système ne contribuera pas à maîtriser les coûts de la santé sur le long terme. En Suisse, on se réfère volontiers aux expériences prétendument positives des États-Unis, de l'Australie et de l'Allemagne. Ce faisant, on ignore délibérément que des expériences pour le moins contradictoires ont été faites aux États-Unis [11], qu'en Australie on n'applique les DRG que dans un domaine très limité [12] et qu'en Allemagne, ce sont avant tout les gestionnaires d'hôpitaux et les employés des caisses maladie qui annoncent des résultats positifs, et non les médecins et le personnel soignant [13, 14]. Pour parer à toute cette polémique en Suisse, on a misé jusqu'ici sur le «facteur de succès de la recherche concomitante précoce» [15, 16]. Mais même si cette recherche avait lieu, grâce aux efforts de la FMH [17], elle ne pourrait pas commencer avant une année, et à ce moment il sera trop tard pour saisir les données essentielles de la ligne de base.

Références

- Hess CH, Strebler U. DRG – Aufruf zu einem Moratorium. SAeZ. 2010;91(28/29):1105–6.
- Rogler G. Das Ruiniert das Gesundheitssystem: DRGs – Risiken und Nebenwirkungen. SAeZ. 2010;91:9, 370–4.
- Meyer B. SwissDRG: ein Zwischenfazit. SAeZ. 2010;91(30/31):1127–8.
- Bunderat. Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen: Stand der Umsetzung und Erfahrungen in den Kantonen sowie im Ausland (undatiert); Sommer 2010.
- Cuénoud PF. SwissDRG – ist die Einführung am 1. Januar 2010 realistisch? SAeZ. 2010;91(17):657.
- Cuénoud PF. Neue Spitalfinanzierung ab 2010: Chance oder Katastrophe? SAeZ. 2010;91(32):1173.
- Vogt PR. Fallpauschalen – DRG-System: Chance oder die nächste Katastrophe? Kardiovaskuläre Medizin. 2007;10:189–91.
- Berner Zeitung; 3.7.2010:31.
- Unschuld P. Ware Gesundheit. München: C.H. Beck; 2009.
- Bauer W. Deprofessionalisierung – in nüchternes Wort für eine unerfreuliche Diagnose. SAeZ. 2010;91(5):196.
- Brügger U. Impact of DRG's – Introducing a DRG reimbursement system: A literature review. Schriftenreihe der SGGP, 2010:98.
- Haas NA. Fallpauschalen: Die australische Realität. Deutsches Ärzteblatt. 2006;103:A1729–30.
- Rau F, Roeder P, Hensen N (Hrsg). Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer; 2009.
- Binswanger RO. Ärztliches Denken und Handeln im Spital im Wandel – Die Einführung der Diagnosis-related Codes und der Budgetverantwortung der Klinikleiter an Beispielen aus Deutschland. SAeZ. 2007;88(8):318–21.
- FMH/VSAO. Von Deutschland lernen – frühzeitige Begleitforschung als Erfolgsfaktor. Medienmitteilung vom 25.09.2008.
- Wild V, Biller-Andorno N. Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz – eine Frage der Ethik. SAeZ. 2008;89(9):361–5.
- Meyer B. Begleitforschung SwissDRG: Wer wagt den ersten Schritt? SAeZ. 2010;91(34):1263.

Correspondance:

Dr. med. Hansueli Albonico
Praxisgemeinschaft für Hausarztmedizin
3550 Langnau