

Gabriela Lang, avocate, service juridique de la FMH; Hanspeter Kuhn, avocat, secrétaire général adjoint de la FMH; Petra Ingenpass, responsable adjointe du service SwissDRG de la FMH

Questions de responsabilité sous le régime des SwissDRG: à quoi le corps médical doit-il s'attendre?

Les uns attendent des SwissDRG plus de transparence entre les hôpitaux et un partage plus adéquat des moyens. D'autres craignent que les soins aux patients n'en pâtissent. Concrètement, il s'agit des sorties d'hôpital prématurées et du transfert des tâches et des risques du secteur hospitalier vers le domaine ambulatoire. De ce fait, beaucoup de médecins craignent de se retrouver confrontés toujours plus souvent, à l'avenir, à des questions de responsabilité.

La problématique s'exprime à travers un cas fictif mais vraisemblable: un alerte patient âgé de 72 ans souffre d'une insuffisance veineuse chronique avec un ulcère infectieux aigu à la jambe. Suite à une poussée de fièvre, il est hospitalisé, soigné par antibiotiques et anticoagulants, et renvoyé chez lui au bout de quatre jours sans fièvre. Le médecin de famille n'est pas contacté avant la sortie. Le bref compte rendu de sortie fait état d'un début d'ulcère septique et de la nécessité de continuer le traitement antibiotique. Les injections d'héparine administrées à l'hôpital ne sont pas recommandées. Deux jours après sa sortie, le patient est hospitalisé en urgence pour une embolie pulmonaire bilatérale. Une semaine après, lorsqu'il sort, on lui conseille de prendre de l'héparine sous-cutanée et un anti-coagulant par voie orale.

Les questions suivantes se posent: a-t-on autorisé le patient à sortir trop tôt? L'hôpital a-t-il recommandé tous les médicaments nécessaires? Le médecin de famille aurait-il dû prescrire de l'héparine? L'introduction des SwissDRG joue-t-elle un rôle dans de ce cas?

Une réhospitalisation dans les 18 jours reste un seul et même cas

Nous savons que la durée de séjour dans les hôpitaux suisses a régulièrement diminué avant même l'introduction des SwissDRG. Elle a ainsi été réduite de 2,7 jours entre 1998 et 2008.¹ Sous le régime des SwissDRG, si une réadmission dans le même hôpital est nécessaire dans les 18 jours qui suivent et si les deux cas tombent dans la même MDC (*Major Diagnostic Category*), on considère qu'il s'agit d'un seul et même cas. Un taux élevé de réhospitalisation est doublement dommageable à un hôpital: financièrement, mais également en termes d'image.² D'après une étude publiée en Allemagne par le WAMP, une augmentation des sorties prématurées n'est pas clairement établie [1].

Importance significative de la culture régionale en matière de traitements

En Suisse, beaucoup d'hôpitaux appliquent déjà les DRG depuis des années. Il est important de reconnaître que la médecine telle qu'on la pratique et la société en générale influencent grandement la manière de soigner à l'hôpital, mais également dans les cabinets médicaux. On trouve entre les régions de très grandes différences de traitement dont

¹ Office fédéral de la statistique, Statistique médicale des hôpitaux, état: novembre 2009

² Le taux de réhospitalisation est un indicateur de qualité, cf. NZZ du 17 janvier 2008, les patients doivent savoir où ils seront bien opérés, Rapport sur les standards de qualité de H+.

³ Cela résulte de l'obligation de rendre des comptes du mandataire (art. 394 ss. CO), du code de déontologie de la FMH ainsi que des lois cantonales sur la responsabilité.

la plupart ne peuvent pas uniquement s'expliquer par des questions tarifaires.

Le canton devient acquéreur

Un changement-clé lié à l'introduction des SwissDRG réside dans la répartition des coûts entre les cantons et les assureurs, qui sera fixe à partir de 2012. Après avoir été administrateur d'hôpital, le canton devient acquéreur de prestations. Un moratoire sur les DRG n'empêcherait en rien ce changement. Il faudra soigneusement observer s'il en résulte des évolutions dans la manière de prendre en charge les patients dans les hôpitaux.

Notre exemple montre clairement la nécessité de mesures d'accompagnement. En conséquence, la FMH va notamment se pencher sur la question du développement de la collaboration avec les médecins de famille et les réseaux de médecins sous le régime des DRG [2]. Quant aux projets de recherche concomitante de l'OFSP, on ne sait pas encore s'ils se consacreront, par exemple, aux transferts des coûts hospitaliers vers le secteur ambulatoire (réadaptation) [3].

Les standards légaux restent les mêmes

Les standards de diligence légaux s'appliquant aux cas de responsabilité médicale ou hospitalière resteront les mêmes avec l'introduction des DRG. Mais il faudrait, selon nous, accroître l'importance accordée à la gestion des sorties. Le cas exposé précédemment nous montre précisément les conséquences possibles d'une mauvaise gestion des sorties. Il est important que l'hôpital prévoie suffisamment de temps, et pas uniquement dans le but d'assurer la sécurité des patients. Cela permettrait notamment d'adresser le patient au médecin de famille ou aux services de soins dans les meilleures conditions, cela contribuerait à une bonne image et pourrait être déterminant sur la charge de la preuve dans le cadre d'un procès civil.

Par ailleurs, la documentation tant dans les hôpitaux qu'au cabinet médical reste un élément décisif pour argumenter et présenter des preuves en cas de litige.³

Conclusion: les «Bloody exits» sous le régime des SwissDRG représentent une crainte qui, sur la base des données publiées jusqu'à présent en Allemagne, n'est pas forcément fondée. Il est par contre très probable qu'une documentation exhaustive et un bon réseau de spécialistes de la santé gagneront en importance.

Références

- 1 Braun B et al. Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Berne: Hans Huber; 2010.
- 2 Meyer B, Service tarifaire de la FMH et domaine SwissDRG. Etude concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG: évolution de la relation médecin-patient et des conditions-cadres pour les médecins hospitaliers. Mise au concours du 18 août 2010.
- 3 Pellegrini S, Widmer T, Weaver F, Fritschi T, Bennett J. Révision de la LAMal, financement des hôpitaux: étude de faisabilité et développement d'un concept pour une future évaluation. Rapport final, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2010.

Correspondance:

Service juridique de la FMH, case postale 170, 3000 Berne 15
lex@fmh.ch