

La Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (NEK-CNE) fait part ci-dessous de sa prise de position au sujet de l'introduction de SwissDRG. Ses réflexions correspondent à celles que la FMH, partenaire à part entière du projet, a faites dès le départ. Nous avons toujours insisté sur le maintien d'une entière liberté thérapeutique et mis en garde contre les limites de la concurrence dans le domaine de la santé. Suite à nos contacts étroits avec nos collègues allemands, nous avons prôné d'emblée une recherche

à large échelle au sujet des modifications induites par le nouveau système tarifaire.

Il est réjouissant de constater que la NEK-CNE, en tant qu'instance fédérale, réactive la discussion au niveau politique et recommande de porter le sujet en débat public.

*Dr Pierre-François Cuénoud,
responsable du domaine SwissDRG de la FMH*

Prise de position n° 15/2008 de la NEK-CNE

Introduction de forfaits par cas liés au diagnostic dans les hôpitaux suisses

Introduction

Les hôpitaux suisses connaîtront de profonds changements ces prochaines années. En effet, des forfaits par cas liés au diagnostic seront introduits pour les séjours hospitaliers dans tout le pays, dans le cadre de la révision de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), d'ici au 1^{er} janvier 2012. Dès lors, les prestations ne seront plus couvertes selon le temps consacré et les dépenses consenties ou par des forfaits journaliers, mais les hôpitaux recevront pour chaque patient un forfait fixe en fonction d'un groupe de diagnostics (*diagnosis related group*, DRG, ou groupe homogène de malades, GHM), qui fera office d'enveloppe budgétaire. Ce mode de gestion s'appliquera aux traitements hospitaliers des maladies somatiques financés par l'assurance maladie obligatoire.

La nouvelle structure tarifaire nationale n'a cependant pas pour but principal de réaliser des économies dans le domaine de la santé, et l'on ne peut d'ailleurs guère en attendre, d'abord parce que l'introduction des GHM entraînera des frais administratifs supplémentaires, ensuite parce que les coûts augmenteront dans le domaine ambulatoire avant et après l'hospitalisation, que ce soit pour la réadaptation, les soins à domicile ou les institutions de soins. Les arguments avancés en faveur du dispositif GHM sont plutôt qu'il produira une plus grande transparence des coûts et offrira de nouveaux moyens pour mesurer de façon standardisée la qualité des soins dans les hôpitaux et en comparer les prestations, même au-delà des limites cantonales. Comme, à l'avenir, d'une part les patients pourront choisir eux-mêmes leur hôpital et, d'autre part, les hôpitaux seront administrés de façon plus autonome, la

concurrence entre établissements augmentera. Il devrait en résulter – telles sont du moins les attentes – un gain d'efficacité et une amélioration de la qualité des soins cliniques.

Les nouvelles règles de rémunération des prestations hospitalières entraîneront cependant un changement radical des conditions de travail des médecins et du personnel soignant. Leur liberté d'action sera désormais plus sévèrement limitée par des critères économiques. Il convient de réfléchir attentivement, d'un point de vue éthique également, aux répercussions qui pourront en résulter sur le traitement des patients. A moyen et à long termes, il faut s'attendre à des changements dans le rôle fonctionnel et dans les prestations de l'hôpital ainsi qu'à une transformation du paysage hospitalier. Or, il reste peu de temps jusqu'à l'introduction généralisée du nouveau système en 2012, et aucun débat public n'a eu lieu jusqu'ici. La Commission présente ici une première prise de position par laquelle elle entend attirer l'attention sur certains problèmes et inviter les spécialistes de la santé et le grand public à un débat constructif.

Contexte

Qu'est-ce que les forfaits par cas et les GHM?

Le système des groupes homogènes de patients (GHM) ou groupes de diagnostics (DRG) sert à répartir les patients traités à l'hôpital en groupes homogènes du point de vue médical et avec des frais de traitement comparables. Le critère d'attribution est le diagnostic principal à la sortie de l'hôpital, qui peut être complété par des diagnostics secondaires. Un cas ne peut être attribué qu'à un seul GHM. La formation de groupes et

Correspondance:
Susanne Brauer, PhD
DFI, OFSP
NEK-CNE
Seilerstrasse 8
CH-3003 Berne
Tél. 031 324 93 65
Fax 031 322 62 33
susanne.brauer@bag.admin.ch

l'attribution à un GHM sont effectuées par un codeur selon une procédure hiérarchiquement structurée.

Ce système peut être utilisé, comme c'est déjà le cas en Allemagne, pour le financement des prestations hospitalières. A chaque groupe de diagnostic correspond une valeur relative (*cost weight*) suivant le degré de gravité des cas de maladie qui y sont regroupés. La somme de ces valeurs donne ce qu'on appelle le *case mix*, ou «éventail des cas traités», dont la moyenne (indice du *case mix*) sert de base de calcul pour le financement des hospitalisations dans un établissement. Le montant destiné à couvrir les frais d'hospitalisation n'est pas calculé en fonction des prestations effectivement fournies et de la durée de séjour du patient, mais forfaitairement en fonction du groupe d'attribution et de sa valeur relative. En pratique, cela signifie qu'un hôpital peut réaliser un bénéfice en abrégant la durée du séjour du patient ou en reportant certaines prestations médicales et infirmières, et faire des pertes si les prestations fournies dépassent le budget.

La décision politique en faveur de SwissDRG

Le Parlement a approuvé en 2007 la série de réformes prévues dans la LAMal et approuvé le projet relatif au financement des hôpitaux, qui instaure une structure tarifaire liée aux prestations uniforme à l'échelle du pays pour les séjours hospitaliers. Une réorganisation de la structure tarifaire avait déjà été préparée de 2004 à 2007 dans le cadre d'un projet de l'association SwissDRG, qui comptait parmi ses membres santé-suisse, la Commission des tarifs médicaux LAA, AM/AI (CTM), H+ Les Hôpitaux suisses, la FMH et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). L'Association suisse des infirmières et infirmiers, l'Office fédéral de la statistique et l'Office fédéral de la santé publique participaient également aux séances de l'association en qualité d'observateurs. Fin 2005 déjà, les partenaires tarifaires suisses décidaient de reprendre et d'adapter à notre pays le système G-DRG mis au point en Allemagne. Après que le législateur eut décidé, fin 2007, d'introduire dans tout le pays, d'ici à janvier 2012, des forfaits par cas liés aux prestations, l'association SwissDRG a été transformée au début de 2008 en une société anonyme d'utilité publique, la SwissDRG SA, dont le conseil d'administration est formé de représentants des membres de l'ancienne association (mais non des observateurs). Les tâches de la SwissDRG SA sont l'adaptation et la gestion de la nouvelle structure tarifaire. La responsabilité opérationnelle en a été déléguée à un centre de compétences, le Case Mix Office. La Confédération

garde le statut d'observateur pour les négociations tarifaires.

Effets des forfaits par cas liés au diagnostic

Economicisation du quotidien clinique

L'éthique thérapeutique et l'efficacité économique ne sont pas forcément incompatibles. On peut trouver à ces deux principes un dénominateur commun dans l'utilisation la plus efficace possible des ressources à disposition, qui s'impose aussi du point de vue éthique si l'on entend répartir équitablement des ressources limitées. Il ne faut cependant pas que les objectifs traditionnels de l'action thérapeutique, le bien-être du patient et la prévention des maladies, ne soient corrompus, voire supplantés par les principes d'action de l'économie. L'introduction du système des groupes de diagnostics renforce la tendance à la domination de l'influence économique sur les décisions cliniques et, partant, sur le quotidien clinique. On peut l'observer dans d'autres pays (en Allemagne, par exemple) qui appliquent un système de ce type. Etant donné que l'hôpital peut réaliser un bénéfice en pratiquant un traitement plus court et meilleur marché, et qu'il doit même le faire en situation de concurrence, le poids des intérêts en jeu se déplace au détriment des patients. Ces derniers n'ont plus la certitude que les mesures thérapeutiques seront choisies et agencées «au mieux de leurs intérêts». L'action médicale et infirmière, mais aussi les patients eux-mêmes, risquent d'être instrumentalisés au service de l'économie des ressources de l'hôpital.

Semblable déplacement porte à conséquence, et pas seulement pour la relation médecin-patient. L'introduction des GHM pourrait aussi changer considérablement le rôle joué par l'hôpital dans le système suisse de santé. A l'avenir, l'étendue et la qualité de l'approvisionnement en soins, orientées patient, compteront moins que le succès économique de la gestion de chaque établissement. Il sera aussi plus difficile à l'hôpital d'exercer des fonctions sociales. Le corps médical comme le personnel soignant seront confrontés à ce problème: le dispositif des GHM ignore les prestations psychosociales, qui de ce fait ne pourront pas être rétribuées. On peut donc s'attendre à une diminution du temps consacré à la communication relationnelle (avec les proches également), à la transmission orale d'informations et à l'accompagnement psychosocial des personnes gravement malades ou en fin de vie, par exemple.

Ces changements vont, pour une part, à l'encontre de la conception que les professions concernées ont eue d'elles-mêmes jusqu'ici, et ils pourraient déboucher sur un rapport conflictuel

entre l'éthique thérapeutique, qui est de porter secours, et la nouvelle tâche consistant à documenter des troubles ayant valeur de maladie et à les intégrer en chiffres dans l'action médicale et infirmière. Si les décisions se rapportant au patient sont dictées dans une mesure croissante par des critères économiques qui ne dérivent pas de ses intérêts, on risque de (devoir) agir parfois contre sa «conscience thérapeutique». Or, cela est non seulement contraire au principe du traitement optimal du patient, mais peut aussi provoquer des réactions de frustration et de résignation chez les professionnels de la santé – et, de la part des patients, une perte de confiance à l'égard du personnel clinique.

Baisse de la qualité des soins médicaux et infirmiers?

Le système des GHM crée délibérément des incitations à baisser le prix des prestations, à engager des mesures de façon plus efficiente ou économe et à réduire les coûts occasionnés par certaines prestations. Cela peut produire des effets problématiques, outre ceux qui sont souhaités. Sous l'angle de l'éthique médicale et infirmière, les réflexions suivantes s'imposent:

- Faire baisser le prix des prestations signifie aussi raccourcir la durée d'hospitalisation des patients. Comme cette durée est relativement longue en Suisse, en moyenne, par rapport à d'autres pays d'Europe, la raccourcir n'entraînerait pas forcément une baisse de la qualité. Mais cette baisse se produira si le système de GHM lui-même ne prévoit que des mesures insuffisantes pour empêcher des sorties prématurées et difficiles à justifier d'un point de vue médical.
- Raccourcir la durée de l'hospitalisation peut aussi provoquer une hausse du taux de réadmission («effet tourniquet»).
- Attribuer chaque fois le patient à un seul groupe de diagnostics peut empêcher d'examiner son état de santé dans une perspective holistique ou de traiter convenablement d'autres maladies découvertes en cours d'hospitalisation. Dans la logique des GHM, le patient devrait dans ce cas sortir de l'hôpital pour y être réadmis sous un autre diagnostic principal. Cela ne facilite pas l'orientation du patient vers des soins thérapeutiques.
- Par ailleurs, certaines maladies ou leurs évolutions peuvent atteindre une complexité telle qu'elles n'entrent que difficilement ou de façon inadéquate dans la matrice des GHM. Dans ces cas, il est à craindre que la qualité des soins thérapeutiques apportés au patient soit suboptimale.
- L'attribution d'une patiente ou d'un patient à un groupe de diagnostics donné ne définit pas en détail les prestations médicales ou infirmières que cette personne doit recevoir ou a reçues. En l'absence de normes ou de directives de traitement contraignantes, des mesures d'économie risquent de favoriser une baisse de la qualité des soins.
- Le système lui-même recèle des incitations à ce qu'on appelle *upcoding*, c.-à-d. l'attribution d'un patient à un GHM qui sera plus lucratif pour l'hôpital. Cela peut aboutir à privilégier les méthodes de traitement les plus invasives, à l'encontre de ce qui répondrait de façon optimale aux intérêts du patient. La perspective dictée par le système GHM risque en outre d'aboutir à l'inscription d'un tableau clinique déformé dans le dossier du patient.
- Un autre problème qui se pose est celui du rythme d'adaptation du système aux innovations de la médecine. Pour l'hôpital, il en résultera probablement un déficit, car ces innovations se produisent relativement vite, alors que les coûts par cas ne peuvent être établis qu'après coup. En outre, les hôpitaux publics devront à l'avenir couvrir eux-mêmes leurs investissements au moyen des forfaits par cas, la couverture du déficit n'étant plus garantie par les pouvoirs publics. Il pourrait en résulter des lacunes de financement et, partant, une aggravation du phénomène de médecine à deux vitesses.
- Une fragmentation du traitement entre hôpital et établissements de convalescence, plus avantageux, risque en outre de produire des pertes d'efficacité médicale.

Perte d'équité dans l'attribution des ressources et dans l'accès aux prestations du système de santé

Dans le système des GHM, il est possible de distinguer, dans une optique gestionnaire, les groupes de patients «lucratifs» de ceux qui ne le sont pas. Sont «lucratifs», pour un hôpital, les patients qui peuvent être soignés à un coût moindre que celui fixé pour le groupe auquel ils sont attribués. Sont «non lucratifs», en revanche, ceux pour lesquels le coût du traitement excède le forfait correspondant. Pourront en faire partie les malades chroniques, les personnes souffrant de maladies multiples, les patients gériatriques, les handicapés physiques ou mentaux, ainsi que les mourants. Quant aux patients sans diagnostic spécifique, ils n'entrent même pas dans la matrice des GHM.

Il est à prévoir que les offres cliniques tendront à se concentrer sur les groupes de patients

«lucratifs» et à se spécialiser en conséquence, et que les hôpitaux libéreront plus tôt les patients «non lucratifs», ou les transféreront vers des institutions de soins moins onéreuses. La tendance à se concentrer sur les groupes de patients «lucratifs» est contraire au principe éthique d'une *répartition équitable* des ressources médicales. Les pouvoirs publics devraient donc jouer un rôle plus important afin de garantir une couverture optimale des besoins en soins. Constitutionnellement, l'Etat a la responsabilité sociale de garantir l'équité de l'accès aux soins, y compris lorsque les ressources se font rares.

L'on peut en outre imaginer des luttes pour la répartition des forfaits entre différentes divisions de soins médicaux et infirmiers, lorsqu'un hôpital fait sortir rapidement un patient aux dépens, par exemple, des services de soins à domicile, d'une institution de réadaptation ou d'un autre hôpital. Augmenter ainsi le nombre de traitements dans le secteur extrahospitalier ne ferait que déplacer les coûts vers les patients.

Le problème de l'équité se pose également au regard de la prise de responsabilité accrue attendue du patient. Que ce soit en raison de sa formation, de son âge, de sa maladie ou d'autres motifs, chacun n'est pas en mesure de s'informer sur les prestations des hôpitaux et de choisir un établissement en connaissance de cause. Attendu que, dans une perspective éthique, les malades constituent toujours un groupe de personnes *vulnérables*, requérant une protection particulière, il faut se demander si l'on peut vraiment transposer dans le contexte clinique le modèle du «consommateur» éclairé prenant ses décisions sur des bases rationnelles.

Protection des données

Le décompte des prestations hospitalières avec le système des GHM pourrait nécessiter, suivant les circonstances, la transmission aux assureurs d'informations détaillées sur les diagnostics. On voit mal comment, dans ces circonstances, le secret du patient pourrait être effectivement respecté. Transmettre à l'assureur des données confidentielles concernant le patient risque donc de constituer une atteinte aux droits de la personnalité de ce dernier.

Conclusions et recommandations

Introduire des forfaits par cas liés aux prestations est une décision prise par le législateur. Mais la concrétisation et la mise en œuvre d'un nouveau dispositif conçu comme une «helvétisation» du système de DRG ayant cours en Allemagne admet une certaine marge de manœuvre. Il serait possible d'identifier au préalable, de prévenir en partie ou d'atténuer au moyen de mesures d'accom-

panement certains effets négatifs possibles, tels qu'une baisse de la qualité des prestations médicales, infirmières et psychosociales fournies par les hôpitaux, une perte des fonctions de médecine sociale assumées par l'hôpital, la disparition d'une conception du traitement centrée sur le patient, la tendance à défavoriser certains groupes de patients ou le risque d'atteinte à la protection des données. La Confédération doit assumer ici sa responsabilité de guide en matière de garantie de la qualité.

S'appuyant sur ces considérations, la CNE formule les recommandations suivantes:

1. Il convient de mener un *débat ouvert* sur les effets positifs du système de GHM, mais aussi sur ses conséquences défavorables possibles, et de réfléchir à temps aux mesures qui permettront d'éviter ces répercussions négatives.
2. Il faut que ce débat ne soit pas limité aux milieux spécialisés, mais implique le *grand public*. Car les changements radicaux qu'implique l'introduction du nouveau système sont encore largement inconnus de la majeure partie de la population.
3. Il vaudrait la peine d'évaluer les *expériences faites dans d'autres pays*, car elles pourraient fournir des informations utiles.
4. Il importe d'informer et de former suffisamment le personnel hospitalier (corps médical et personnel soignant inclus) sur l'*introduction* du système.
5. Il est impératif, pour que le contrôle de la qualité soit parlant, d'organiser à temps une *recherche d'accompagnement* pluridisciplinaire, d'envergure suffisamment large. Pour permettre la comparaison avec la situation précédant le passage au nouveau système de rémunération (effets d'introduction), cette recherche doit démarrer *avant* l'introduction de ce système. Elle devra être indépendante et suffisamment dotée financièrement. Au nombre des questions de recherche devront figurer les effets du système des GHM sur la qualité des soins cliniques, sur leur coût et surtout sur l'état de santé des différents groupes de patients. Cette recherche portera aussi sur les modifications des flux de patients, tant à l'interne qu'entre fournisseurs de prestations, ainsi que sur les caractéristiques des patients dans des institutions données. Mais elle devrait aussi qualifier et quantifier les changements affectant le travail des divers groupes professionnels du domaine de la santé, en particulier des médecins et du personnel infirmier. Ces changements pourraient en effet se répercuter directement sur la qualité et l'étendue des soins dispensés aux malades.