

Bonne prise en charge des patients malgré la charge administrative – problèmes ponctuels



L'essentiel en bref

Étude concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG, sur mandat de la FMH, 3^e enquête 2013

Equipe de projet

Lukas Golder, politologue et spécialiste en sciences médiatiques

Claude Longchamp, politologue,
chargé de cours aux universités de Berne, Zurich et St-Gall

Cindy Beer, sociologue

Stephan Tschöpe, politologue

Philippe Rochat, politologue

Meike Müller, sociologue

Carole Gauch, spécialiste en sciences médiatiques et politologue

Johanna Schwab, administration

Sommaire

L'ESSENTIEL EN BREF	3
Objectif et méthode	3
Activité administrative vs activité médicale	4
Influence sur le traitement et pratique réelle	6
Forfaits par cas: effet concomitants et attitudes	10
Annexe	17
Team gfs.bern	17

Berne, le 9 décembre 2013
Copyright by gfs.bern
Publication: janvier 2014

L'essentiel en bref

Objectif et méthode

La FMH entend observer l'évolution de la relation médecin-patient et des conditions-cadres pour les médecins hospitaliers suite aux réformes du domaine hospitalier (tarifications, financement des hôpitaux). Pour cela, elle a mandaté une enquête représentative effectuée auprès des médecins hospitaliers exerçant dans le domaine somatique aigu, en réadaptation et en psychiatrie, et auprès des médecins en pratique ambulatoire. Désormais, l'analyse porte donc aussi de façon systématique sur les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, où le changement de facturation est encore à venir.

- La FMH souhaite analyser tous les aspects du concept FMH¹, qui revêtent de l'importance pour les médecins et qui ne sont étudiés par aucun des autres partenaires du système de santé.
- Les résultats d'une telle analyse scientifique doivent permettre de détecter les éventuelles imprécisions et de prendre au plus tôt les mesures de correction nécessaires.
- Ces résultats doivent aussi permettre de présenter des chiffres et des faits au monde politique et aux partenaires de santé, de manière à ce que les prises de décision puissent reposer sur de meilleures données et une meilleure réflexion.

Avec l'étude 2013, il est pour la première fois possible d'identifier des tendances. En effet, grâce aux résultats de trois enquêtes, on peut désormais différencier les changements durables des changements ponctuels. On peut également déterminer si un changement éventuel ou l'absence de changement est réellement lié aux réformes du système de santé en général ou à la facturation avec SwissDRG en particulier.

Partant d'une liste concrète de sept aspects à examiner, les questions élaborées ont été mises au point avec l'aide de la commission spécialisée SwissDRG ainsi que les groupes d'observation TARPSY et ST Reha de la FMH. Cette année, le questionnaire a été adapté aux médecins hospitaliers des domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, en veillant à leur donner la possibilité de pouvoir évaluer les années précédentes, afin de pouvoir là aussi établir les tendances. L'échantillon de médecins interrogés entre juin et août 2013 regroupe 947 médecins hospitaliers du domaine somatique aigu, 142 médecins de cliniques psychiatriques et 78 médecins de cliniques de réadaptation. A ceux-ci s'ajoutent 339 médecins en pratique ambulatoire, soit un total de 1506 praticiens qui ont participé à l'étude concomitante de la FMH. Pour l'ensemble des résultats, cela donne une erreur théorique d'échantillonnage de +/-2.6 points pour cent pour une valeur indiquée de 50%. Cette affirmation est exacte dans 95% des cas. Le rapport final se penchera sur quelques-unes des différences liées aux disciplines.

L'erreur d'échantillonnage est de +/-5,4 points pour cent pour les médecins en pratique ambulatoire, de +/-8.4 points pour cent pour les médecins actifs en psychiatrie, de +/-11.3 points pour cent pour les médecins des cliniques de réadaptation et de +/-3.2 points pour cent pour les médecins hospitaliers du domaine somatique aigu.

¹ Cf. Bovier P., Burnand B., Guillaïn H., Paccaud F., Vader J.P., Locher H., Meyer B. (2009): Concept pour la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction des SwissDRG, URL: http://www.fmh.ch/fr/tarifs_hospitaliers/recherche_concomitante.html

L'échantillon a été constitué avec la banque de données de la FMH qui comprend tous les médecins détenteurs d'un titre de spécialiste ou visant un tel titre. Pour les médecins en pratique privée, le taux de réponse s'est élevé à 38% des adresses à disposition. Pour les médecins hospitaliers, il a été de 25%. En procédant à une répartition entre domaine somatique aigu, psychiatrie et réadaptation, on obtient un taux de réponse particulièrement élevé dans les deux derniers domaines, notamment grâce à une invitation spécifique et à des rappels spécialement adaptés à ces deux groupes. Ainsi, nous avons pu atteindre un taux de 52% pour les médecins des cliniques psychiatriques et un taux de 59% pour ceux des cliniques de réadaptation. S'agissant des médecins hospitaliers du domaine somatique aigu, leur taux de réponse s'élève à 22%; à noter toutefois qu'une partie de ceux contactés ont mentionnés après le login ne pas (ou plus) travailler dans un hôpital. Si on ne les prenait pas en compte, le taux de réponse serait un peu plus élevé.

Activité administrative vs activité médicale

Chez les médecins en soins somatiques aigus, le temps de travail consacré aux activités médicales liées aux patients a enregistré un grand changement par rapport aux années précédentes. Si, ces dernières années, ces activités représentaient 38% du temps, elles s'élèvent actuellement à environ 34%. Le travail de documentation médicale a légèrement augmenté en proportion. La demande ouverte de l'année précédente concernant les deux catégories «autres activités non administratives» et «autres activités non médicales» a donné lieu à la création d'un point supplémentaire, celui de l'organisation de la clinique. A peine ajouté à l'étude, il représente déjà 6,9% des réponses et explique les réductions dans les deux catégories susmentionnées moins concrètes². Chez les médecins en soins somatiques aigus, notamment chez les chefs de clinique, le temps consacré au travail de documentation en vue de la facturation a augmenté par rapport à l'année précédente; on constate également une tendance à la hausse chez les médecins-assistants. En revanche, le travail de documentation a légèrement diminué chez les médecins adjoints. Au cours de l'année écoulée, le temps consacré aux travaux de documentation n'a pas uniquement augmenté pour les médecins en soins somatiques aigus. On observe des tendances similaires chez les médecins hospitaliers qui exercent en psychiatrie et en réadaptation.

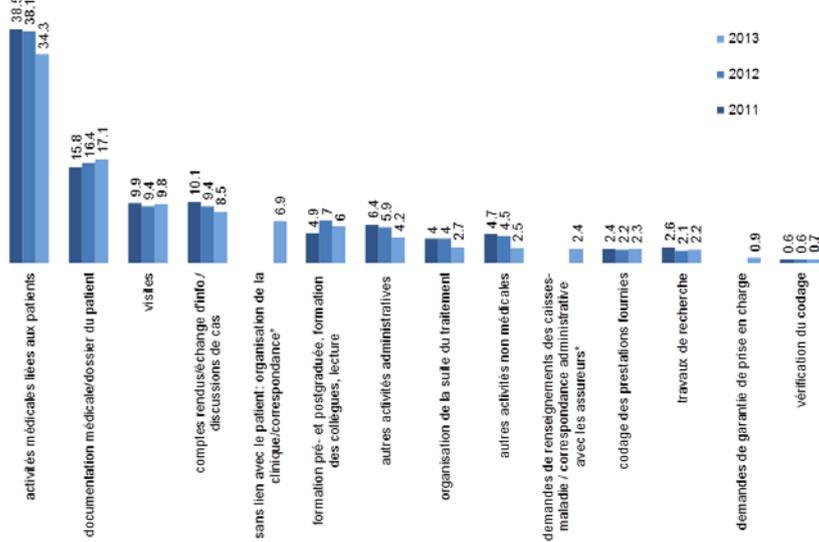
² Pour pouvoir analyser de manière plus précise le temps utilisé en fonction d'activités déterminées, nous avons d'abord additionné les données détaillées (en minutes) des participants à l'enquête et défini le total comme 100%. Nous en avons tiré les valeurs moyennes que nous avons considérées comme pourcentage d'une journée de travail. Cela permet d'obtenir des valeurs relativement précises au sens d'une répartition en pourcent pour les diverses activités d'une journée de travail.

Graphique 1

Temps investi par les médecins en soins somatiques aigus dans diverses activités

«Si vous pensez à votre dernier jour de travail normal, combien de temps avez-vous investi dans les activités suivantes? Veuillez donner vos indications en minutes.»

Valeurs moyennes, minutes par jour (en %) indiquées par les personnes interrogées



© gfs.bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013
(N médecins de soins somatiques aigus = 1000 environ), * Point demandé la première fois en 2013

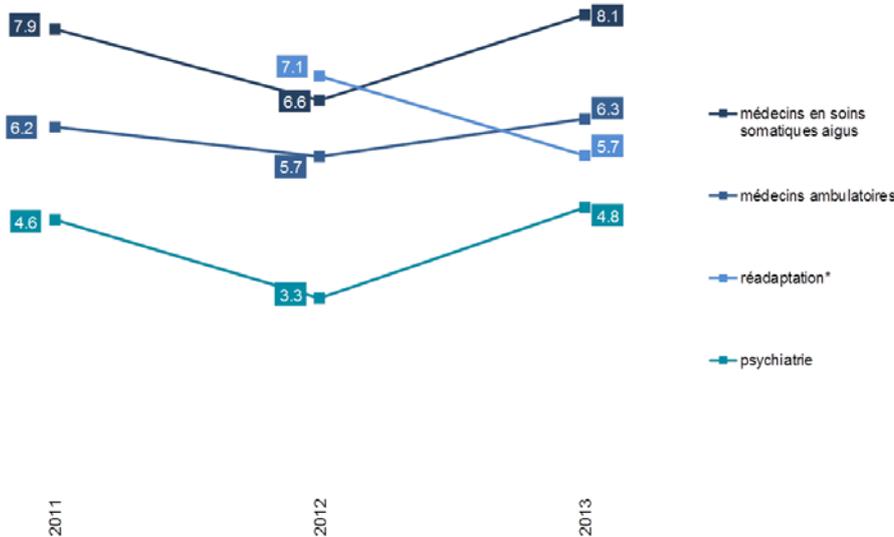
Considérant la moyenne des minutes indiquées, on peut toutefois observer que le temps consacré aux activités médicales liées aux patients a aussi légèrement augmenté pour les médecins du domaine somatique aigu. Cela indique que les activités administratives prennent certes plus de temps, mais que les médecins continuent de maintenir l'importante relation avec leurs patients, aux prix d'heures supplémentaires. Les médecins du domaine somatique aigu sont particulièrement touchés par ce phénomène. Mais la majorité des médecins s'estiment plutôt satisfaits du rapport entre temps de travail et loisirs. Cet avis est cependant un peu moins répandu que l'année précédente dans tous les groupes interrogés et l'insatisfaction a légèrement augmenté.

Graphique 2

Comparaison du nombre d'heures supplémentaires de la semaine dernière

«Combien d'heures supplémentaires avez-vous comptabilisées en tout la semaine dernière?»

Valeurs moyennes, médecins ambulatoires / soins somatiques aigus / psychiatrie / réadaptation



© gfs.bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013
(N médecins ambulatoires env. 250 / N médecins en soins somatiques aigus env. 1000 / N psychiatrie env. 120 / N réadaptation env. 70), * 2011 et 2012 ensemble

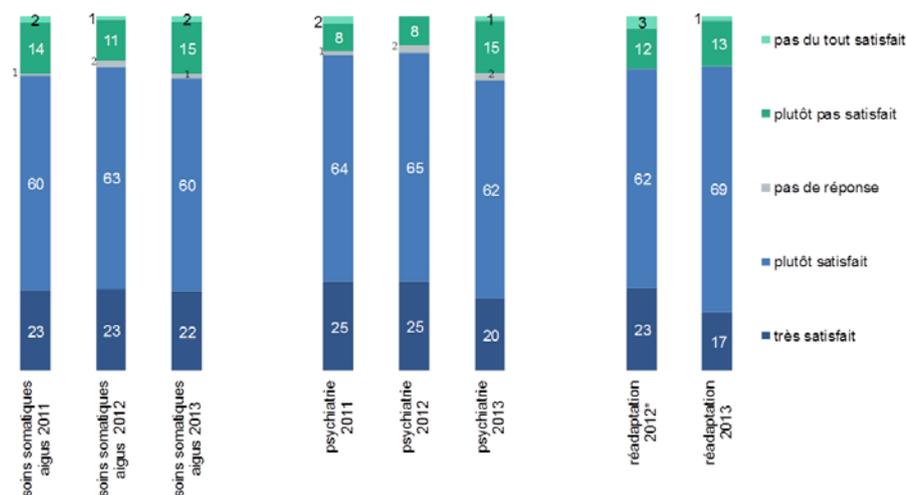
La satisfaction générale au travail, surtout concernant l'activité professionnelle et les tâches, reste cependant à un niveau élevé, même si elle a légèrement diminué chez les médecins du domaine somatique aigu et des cliniques psychiatriques par rapport à l'année précédente. Parmi les médecins des cliniques de réadaptation, la part de ceux qui sont très satisfaits de leur travail a légèrement diminué au profit de ceux qui sont plutôt satisfaits.

Graphique 3

Satisfaction au travail

«Dans l'ensemble, quel est votre degré de satisfaction concernant vos tâches et votre activité professionnelle?»

en % de médecins en soins somatiques aigus / psychiatrie / réadaptation



© gfs.bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013
 (N médecins ambulatoires env. 250 / N médecins en soins somatiques aigus env. 1000 /
 N psychiatrie env. 120 / N réadaptation env. 70). * 2011 et 2012 ensemble

De manière générale, tous les médecins interrogés estiment être en bonne santé physique et psychique; la tendance est même légèrement meilleure que l'année passée. De fait, quasiment personne n'a dû réduire son temps de travail pour des raisons de santé physique ou psychique au cours de l'année dernière. Cependant, il apparaît que certains indiquent des démissions de médecins dans leur propre service pour des raisons de santé. Un tiers des médecins en soins somatiques aigus et en psychiatrie l'admettent alors qu'ils sont un peu moins de 30% en cliniques de réadaptation. La majorité des médecins sont convaincus que leur propre santé, leur bien-être physique ou psychique, a une influence sur la qualité des soins.

Influence sur le traitement et pratique réelle

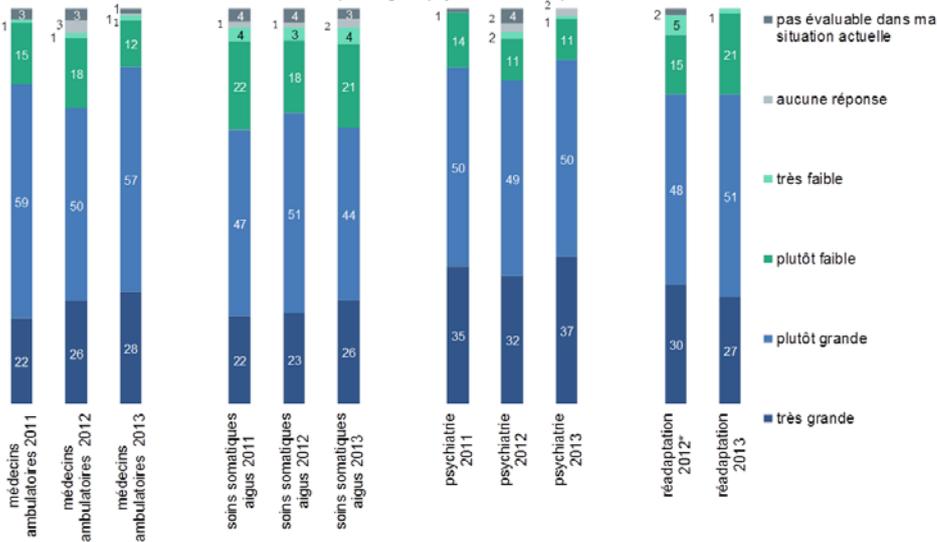
La majeure partie des médecins estiment avoir une forte marge de manœuvre lorsqu'il s'agit de choisir un mode de traitement, même si on note une légère tendance à la baisse chez les médecins en soins somatiques aigus par rapport à l'année précédente. En revanche, les médecins en pratique ambulatoire et en psychiatrie hospitalière considèrent que leurs libertés de traitement sont à nouveau un peu plus élevées.

Graphique 4

Marge de manœuvre lors du traitement

«Comment estimez-vous votre marge de manœuvre personnelle concernant le traitement?»

en % de médecins ambulatoires / soins somatiques aigus / psychiatrie / réadaptation



© gfs bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013
(N médecins ambulatoires env. 250 / N médecins en soins somatiques aigus env. 1000 / N psychiatrie env. 120 / N réadaptation env. 70). *2011 et 2012 ensemble

L'influence exercée par un tiers au moment de décider du traitement reste constante. Les médecins en soins somatiques aigus estiment subir une forte influence du patient et de leur supérieur médical direct, alors que ceux qui considèrent l'influence de l'administration comme importante ou plutôt importante demeurent peu nombreux. Par ailleurs, seule une minorité des médecins en soins somatiques aigus (43%) continuent d'estimer comme bonne à très bonne la collaboration entre le personnel médical et l'administration. En tout, 16% observent une influence des caisses-maladie dans le domaine somatique aigu. Ce qui est nettement moins que dans les cliniques de réadaptation, où une majorité (53%) ressent l'influence des caisses-maladie comme plutôt grande à très grande.

Graphique 5

Influence sur les décisions thérapeutiques: médecins en soins somatiques aigus

«Dans votre service/clinique, comment se répartit l'influence exercée sur le choix d'un traitement?»

en % de médecins en soins somatiques aigus, addition des influences fortes et très fortes

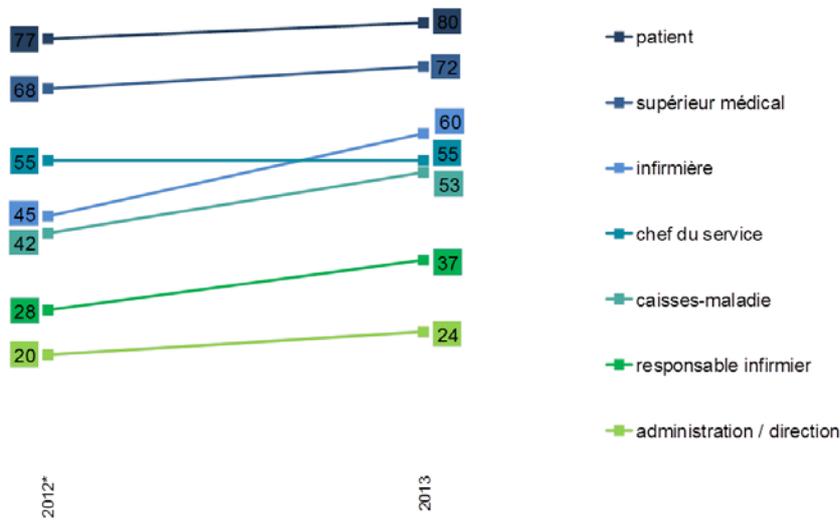


© gfs bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013
(N médecins en soins somatiques aigus env. 1000)

Graphique 6

Influence sur les décisions thérapeutiques: réadaptation

«Dans votre service/clinique, comment se répartit l'influence exercée sur le choix d'un traitement?»
en % de médecins en réadaptation, addition des influences fortes et très fortes



© gfs bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013
(N réadaptation env. 70), * 2011 et 2012 ensemble

Les avis sont moins tranchés en psychiatrie. L'influence exercée par l'administration, les responsables des soins infirmiers et les caisses-maladie est perçue comme moins forte qu'en réadaptation. Mais la moitié des psychiatres interrogés ressentent des influences de la part des psychologues.

Graphique 7

Influence sur les décisions thérapeutiques: psychiatrie

«Dans votre service/clinique, comment se répartit l'influence exercée sur le choix d'un traitement?»
en % de médecins en psychiatrie, addition des influences fortes et très fortes



© gfs bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013
(N psychiatrie env. 120)

Dans les hôpitaux, la pratique réelle en lien avec la prise en charge des patients continue à être bonne, et ce à plusieurs titres. Cependant, les divers secteurs n'ont pas continué à se développer de manière critique, que ce soit en termes de déclarations de principe sur les soins ou concernant les conséquences possibles directes de SwissDRG.

Pratique réelle des médecins en soins somatiques aigus (1)

«Dans quelle mesure la pratique de votre service/clinique répond-elle aux points suivants?»

Exécution de toutes les procédures nécessaires «Nous réalisons toutes les procédures diagnostiques nécessaires afin de prendre une décision fondée concernant la méthode thérapeutique à suivre.»

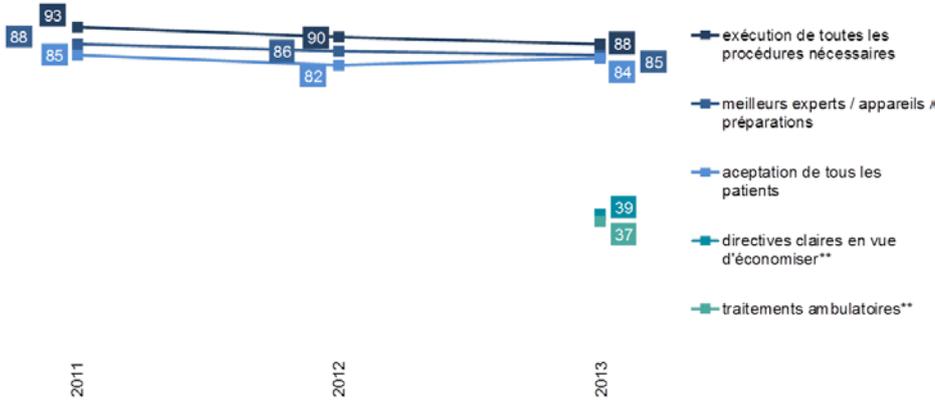
Meilleurs experts / appareils / préparations «Les patients ont accès aux meilleurs experts, préparations et appareils.»

Acceptation de tous les patients «Mon hôpital accepte tous les patients, même si ces derniers risquent d'engendrer plus de coûts que ceux indemnisés.»

Directives claires en vue d'économiser** «La direction de l'hôpital émet des directives claires en vue d'économiser dans le service/la clinique.»

Soins ambulatoires** «Certains traitements sont de plus en plus réalisés en ambulatoire en raison des rétributions additionnelles qui font défaut pour les médicaments, procédures et implants coûteux.»

en % de médecins en soins somatiques aigus (addition de «tout à fait» et «plutôt oui»)



© gfs bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013
(N médecins en soins somatiques aigus env. 1000), *demandé depuis 2012 / ** demandé depuis 2013

Pratique réelle des médecins en soins somatiques aigus (2)

«Dans quelle mesure la pratique de votre service/clinique répond-elle aux points suivants?»

Transfert de malades chroniques «On essaie d'adresser les malades chroniques et polymorbides à d'autres institutions.»

Optimisation des gains «Les décisions concernant le diagnostic et le traitement sont prises en vue d'optimiser les gains.»

Salaires au mérite «Le système de rémunération prévoit une part variable du salaire en fonction de la performance.»

Transfert prématuré en réadaptation* «Les patients sont transférés trop tôt de l'hôpital vers un centre de réadaptation.»

en % de médecins en soins somatiques aigus (addition de «tout à fait» et «plutôt oui»)



© gfs bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013
(N médecins en soins somatiques aigus env. 1000), *demandé depuis 2012 / ** demandé depuis 2013

Si l'on considère les domaines du financement hospitalier nouvellement intégrés dans l'étude, 39% des médecins en soins somatiques aigus indiquent que la direction hospitalière donne des consignes d'économie claires pour leur service ou clinique. Les médecins-chefs (48%), les médecins adjoints (46%) et les chefs de clinique (43%) du domaine somatique aigu seraient au moins plutôt d'accord avec cette affirmation. D'autre part, 37% des médecins en soins somatiques aigus signalent qu'en absence de rétributions additionnelles pour les médicaments, implants et procédés coûteux, les traitements correspondants se font de plus en plus en ambulatoire. A noter qu'une bonne part du corps médical dirigeant (42%) est plutôt d'accord avec cette affirmation (tout à fait et plutôt oui). Parmi les médecins en soins somatiques aigus, 6% déclarent que des quotas, à savoir un nombre d'interventions à accomplir, sont proposés en lien avec un système de salaire au mérite (bonus). Mais la plupart ne peuvent pas donner d'indications à ce sujet. Si l'on considère cet avis en

fonction de la position, ce sont les médecins agréés (14%) et les médecins adjoints (13%) qui sont plutôt d'accord (tout à fait et plutôt oui) avec cette remarque. Concernant le système d'indemnisation, un quart des médecins indiquent qu'il est plutôt vrai que leur système d'indemnisation comporte une part variable du salaire liée à la performance, ce qu'approuvent les médecins adjoints (42%) et les médecins-chefs (49%) (tout à fait et plutôt oui). Pour les médecins du domaine somatique aigu, le salaire au mérite provient prioritairement des revenus liés aux activités médicales privées ou aux interventions à l'hôpital rémunérées sur la base d'honoraires. Le paiement effectif d'un bonus sur la base d'objectifs définis est moins répandu. Si l'on prend en considération l'ensemble des médecins en soins somatiques aigus, 9% d'entre eux perçoivent effectivement des bonus. Lorsque ces médecins touchent de tels bonus, ces derniers représentent, selon la position, jusqu'à 20% du salaire.

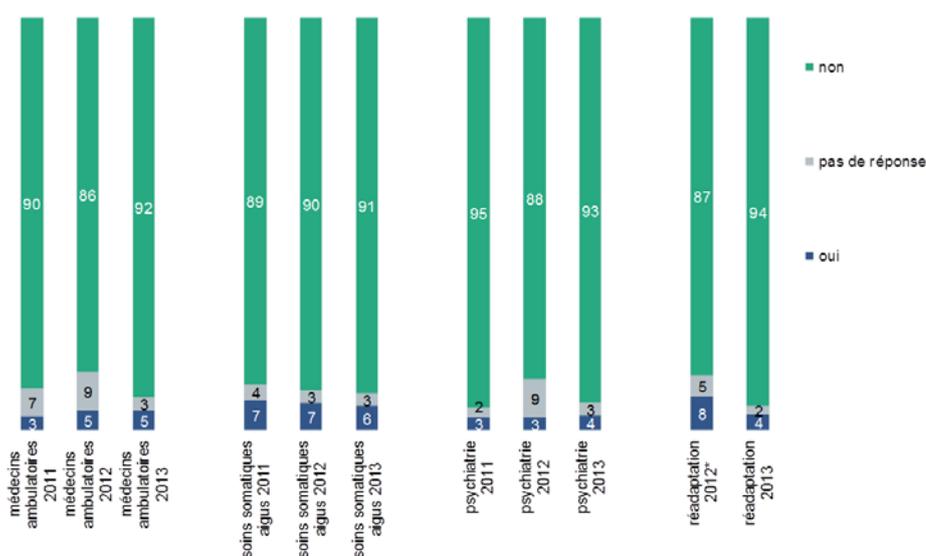
Forfaits par cas: effet concomitants et attitudes

Sur l'ensemble des médecins en soins somatiques aigus, 64% indiquent que leur hôpital est en expansion (+2 points pour cent par rapport à 2012). Dans les cliniques de psychiatrie, 56% des déclarations vont dans le même sens (+5 points pour cent par rapport à 2012). Ce sont surtout les médecins actifs dans les cliniques de réadaptation qui parlent de l'expansion de leur hôpital; en tout, 74% le signalent (+14 points pour cent par rapport à 2012/2011). La majeure partie des médecins du domaine somatique aigu et de ceux des cliniques de réadaptation mentionnent également une expansion du service dans lequel ils travaillent. C'est aussi le cas pour une minorité de 45% des médecins des cliniques psychiatriques. Dans ces conditions de croissance, il n'est pas étonnant que la peur de perdre sa place de travail est peu répandue parmi les groupes analysés.

Graphique 9

Risque de perdre son travail

«Avez-vous actuellement peur de perdre votre place de travail?»
en % de médecins ambulatoires / soins somatiques aigus / psychiatrie / réadaptation



© gts.bern, étude concomitante. SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013
(N médecins ambulatoires env. 250 / N médecins en soins somatiques aigus env. 1000 /
N psychiatrie env. 120 / N réadaptation env. 70). *2011 et 2012 ensemble

Les médecins des cliniques de réadaptation estiment en majorité que l'effectif du personnel est resté le même. Chez ceux qui travaillent dans des institutions psychiatriques, 36% sont du même avis, 28% estiment que l'effectif du personnel médical a diminué et 31% croient qu'il a augmenté. Une bonne

partie des médecins du domaine somatique aigu (47%) sont d'avis que l'effectif du personnel a augmenté. Dans l'ensemble, la plupart des médecins hospitaliers observent plutôt une extension du personnel. En conséquence, la majeure partie du corps médical du domaine somatique aigu (72%) ne voit aucun lien entre les changements au sein du personnel médical et l'introduction des forfaits par cas. Seuls 2% attribuent les changements de personnel directement aux forfaits par cas.

S'agissant des possibles effets concomitants négatifs des forfaits par cas, dont on fait parfois état, l'évolution dans le temps montre que, par rapport aux années précédentes, les médecins du domaine somatique aigu ont dû traiter un peu moins de demandes des caisses-maladie; celles-ci représentent malgré tout une partie appréciable de l'activité médicale. A cet égard, on peut se demander si, ces dernières années, les retards dans l'établissement des factures sous SwissDRG n'ont pas élargi les cercles de médecins devant traiter moins de demandes des caisses-maladie.

Dans le cas des patients polymorbides, la tendance à répartir le traitement sur plusieurs séjours hospitaliers a augmenté. Cette tendance relativement peu élevée peut être considérée comme un éventuel effet négatif direct des forfaits par cas.

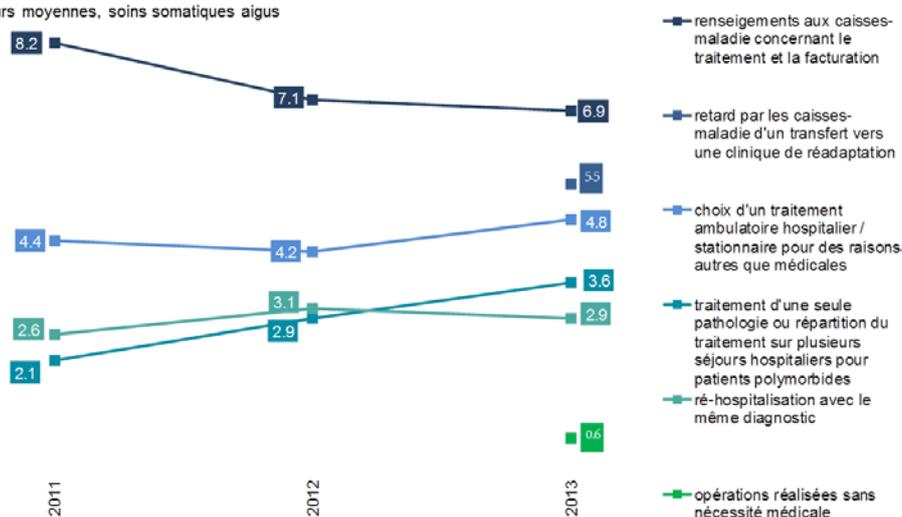
D'autre part, il arrive un peu plus souvent que l'année précédente que les décisions de traiter un patient en ambulatoire hospitalier ou en stationnaire reposent sur des critères non médicaux, ce qui serait à nouveau un possible effet négatif concomitant des forfaits par cas. Mais concernant ces décisions, la majorité des personnes interrogées répondent que celles-ci ont été prises pour le bien du patient et qu'elles sont médicalement défendables.

Graphique 10

Situations particulières: soins somatiques aigus

«A quelle fréquence avez-vous rencontré les situations suivantes dans votre domaine de travail le mois dernier? Vous pouvez directement indiquer votre estimation sous forme de chiffre.» « X fois ces 30 derniers jours»

Valeurs moyennes, soins somatiques aigus



© gfs bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013
(N médecins en soins somatiques aigus env. 1000)

Le réhospitalisation non planifiée de patients avec le même diagnostic a de nouveau légèrement diminué. Dans leur propre environnement de travail, les médecins n'ont guère observé d'opérations qui n'étaient pas nécessaires. Mais ils mentionnent que les caisses-maladie ont retardé le transfert vers une clinique de réadaptation dans 5,5 cas en moyenne au cours des 30 jours précédant l'enquête.

Dans presque tous les domaines, les médecins considèrent que l'influence de SwissDRG est moins négative que les années précédentes, même si à chaque fois ce n'est le cas que d'une minorité. L'effet le plus négatif est celui sur la

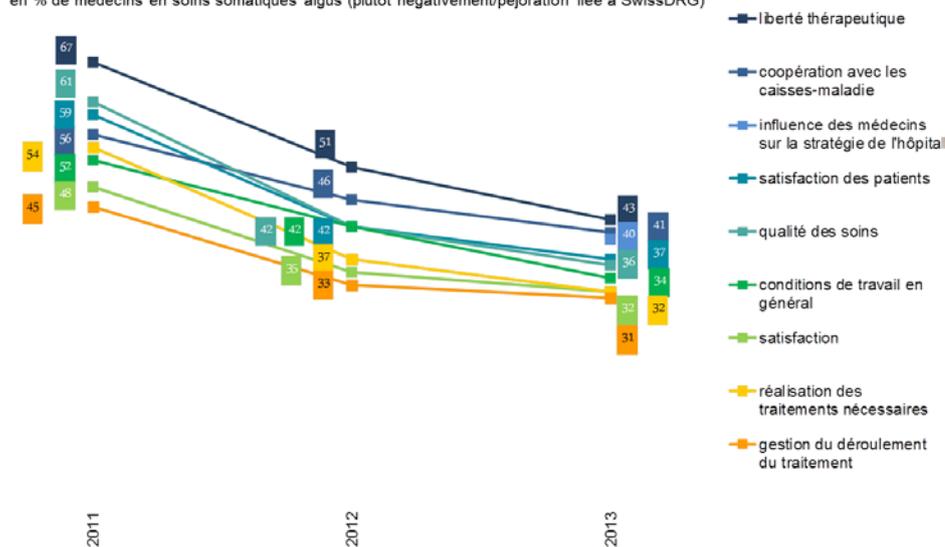
liberté thérapeutique, sur la coopération avec les caisses-maladie et sur le déroulement du traitement.

Graphique 11

Effet de SwissDRG: soins somatiques aigus (1)

«Comment évaluez-vous l'effet de SwissDRG?»

en % de médecins en soins somatiques aigus (plutôt négativement/péjoration liée à SwissDRG)

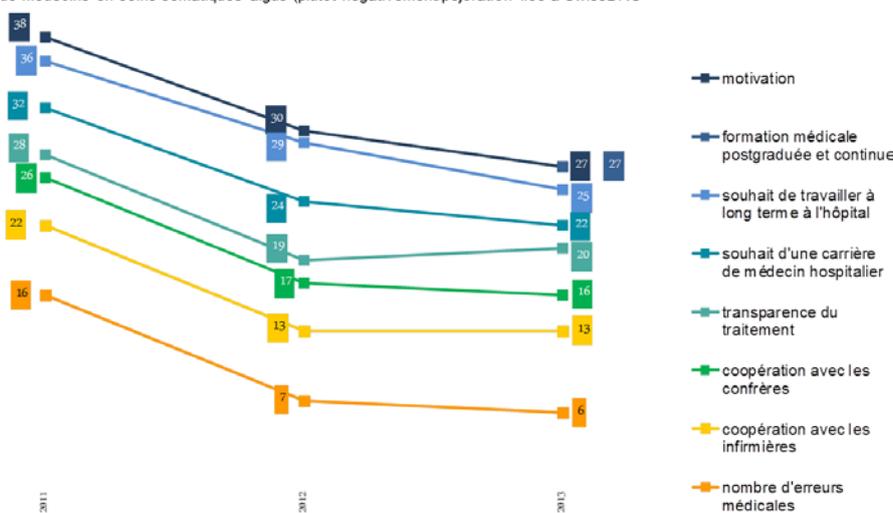


© gfs.bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013
(N médecins en soins somatiques aigus env. 1000)

Effet de SwissDRG: soins somatiques aigus (2)

«Comment évaluez-vous l'effet de SwissDRG?»

en % de médecins en soins somatiques aigus (plutôt négativement/péjoration liée à SwissDRG)



© gfs.bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013
(N médecins en soins somatiques aigus env. 1000)

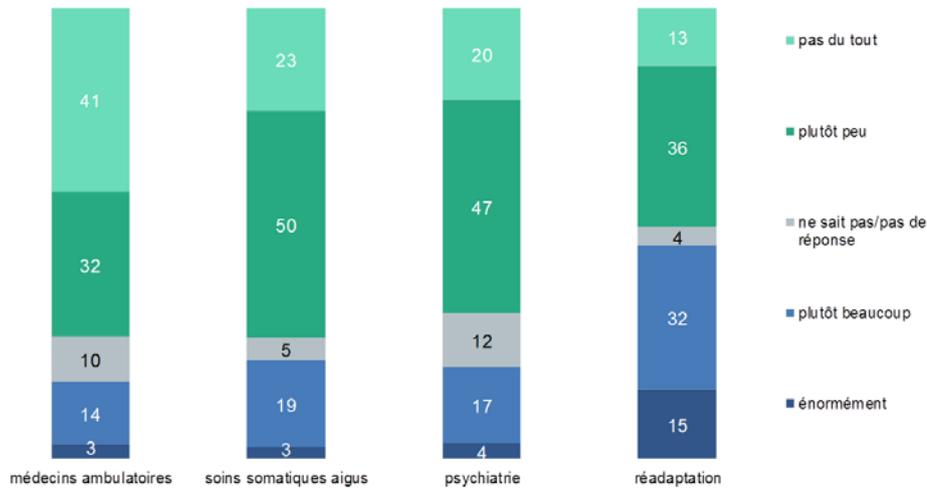
A la question de l'influence de SwissDRG en général, seule une minorité de médecins du domaine somatique aigu (22%) répondent que celle-ci est plutôt forte à très forte. C'est pour les médecins des cliniques de réadaptation que l'influence du système tarifaire hospitalier actuel est la plus forte.

Graphique 12

Influence sur le travail quotidien du système tarifaire/SwissDRG

«Dans quelle mesure SwissDRG (pour la psychiatrie / la réadaptation, le système tarifaire hospitalier en vigueur) influence-t-il votre travail quotidien avec les patients?»

en % médecins ambulatoires / soins somatiques aigus / psychiatrie / réadaptation



© gfs bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013 (N_{amb} = 339 / N_{aigu} = 947 / N_{psy} = 142 / N_{réa} = 78).

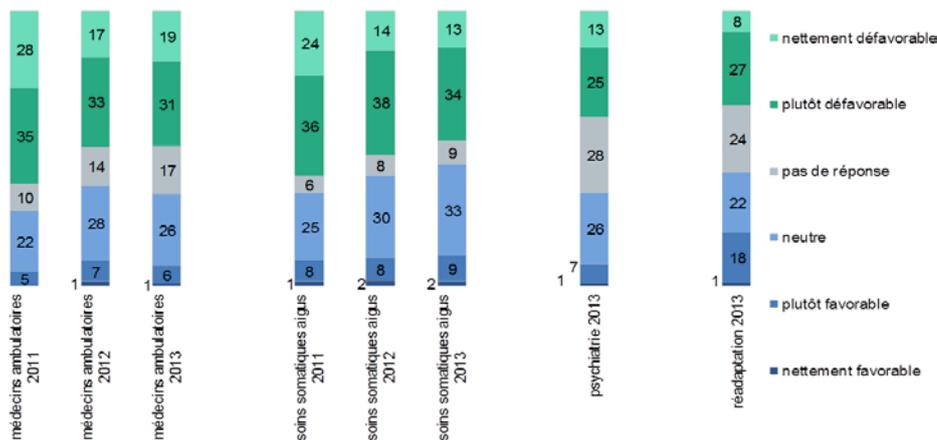
Parmi les médecins en pratique ambulatoire, l'avis sur SwissDRG n'a guère évolué par rapport à l'année précédente. Chez les médecins du domaine somatique aigu comme chez ceux des cliniques psychiatriques et des cliniques de réadaptation, l'attitude de rejet a encore diminué.

Graphique 13

Evaluation de SwissDRG après introduction / en prévision de TARPSY / ST Reha

«Dans l'ensemble, êtes-vous favorable à SwissDRG après son introduction (psychiatrie: au système tarifaire TARPSY pour l'indemnisation de la psychiatrie hospitalière en prévision de son introduction / réadaptation: au système tarifaire ST Reha pour l'indemnisation de la réadaptation hospitalière en prévision de son introduction?)»

en % médecins ambulatoires / soins somatiques aigus / psychiatrie / réadaptation



© gfs bern, étude concomitante, SwissDRG, sur mandat de la FMH, juin – août 2013 (N_{amb} médecins ambulatoires env. 250 / N_{soins} médecins en soins somatiques aigus env. 1000 / N_{psych} 142 / N_{réa} 78).

Sur la base des résultats de l'analyse, nous formulons cinq constatations, la première étant identique aux thèses des années précédentes.

Constat 1

En principe, le corps médical va bien grâce à une profession passionnante. Grâce à un haut degré d'identification, les médecins acceptent des charges de travail qui vont bien au-delà de la norme helvétique en la matière³. Peu nombreux sont ceux qui sont inquiets pour leur place de travail car un grand nombre d'hôpitaux augmentent leurs effectifs en personnel.

Au quotidien, les tâches administratives augmentent. Les travaux de documentation ainsi que ceux en lien avec l'organisation de la clinique demandent du temps aux médecins. Mais les activités médicales liées aux patients ne diminuent pas. Les médecins assument de nombreuses heures supplémentaires tout en restant, de manière générale, encore satisfaits du rapport entre travail et loisirs aujourd'hui. La satisfaction au travail se maintient, elle aussi, à un haut niveau.

L'augmentation de la charge administrative n'a pas d'incidence sur les soins médicaux qui continuent d'être dispensés sans problèmes. Pour autant que les médecins puissent l'observer dans leur propre environnement de travail, les patients continuent d'être bien soignés. Les résultats dans les domaines passés en revue concernant la prise en charge des patients et les conséquences directes possibles de SwissDRG sont en grande partie constants. Suite au nouveau financement hospitalier, plus d'un tiers des médecins du domaine somatique aigu ont pris des mesures d'économie et le même pourcentage déclarent qu'en l'absence de rétributions additionnelles, des traitements sont de plus en plus effectués en ambulatoire. Un quart indique aussi que le système d'indemnisation comprend une part variable liée à la performance.

Constat 2

Malgré les retards dans la facturation sous SwissDRG, les tâches administratives augmentent au détriment des médecins, sans toutefois porter préjudice aux activités médicales liées aux patients. Les médecins sont prêts à assumer des heures supplémentaires afin de pouvoir se consacrer à leur activité première. Jusqu'ici, les mesures d'économie n'ont pas non plus entravé la bonne marche des soins médicaux.

L'influence de l'administration sur les médecins de soins somatiques aigus reste stable. Mais seule une minorité s'estime satisfaite de la collaboration avec l'administration hospitalière. L'influence des caisses-maladie reste également inchangée dans les hôpitaux de soins somatiques aigus. En revanche, les médecins des cliniques de réadaptation indiquent subir une influence accrue des caisses-maladie. A noter qu'aussi bien les médecins des hôpitaux de soins somatiques aigus que les médecins des cliniques de réadaptation signalent que les caisses-maladie retardent les transferts vers les cliniques de réadaptation. Mais les demandes des caisses-maladie n'augmentent pas pour l'instant.

³ Le temps de travail moyen en Suisse s'élève à un peu moins de 42 heures. Cf. Michael Siegenthaler / Michael Graff 2012. Figure 3 – KOF Working Papers. A View on the long-run evolution of hours worked and labor productivity in Switzerland (1950-2010).

Constat 3

L'influence de l'administration et des caisses-maladie sur les décisions ne s'est pas renforcée chez les médecins en soins somatiques aigus. Mais la question des caisses-maladie reste centrale, surtout lorsqu'il s'agit des garanties de prise en charge demandées pour les cliniques de réadaptation. A ce sujet, les caisses-maladie retardent parfois les transferts dans les institutions concernées.

S'agissant des effets négatifs potentiels concomitants des forfaits par cas, les médecins en soins somatiques aigus constatent que, pour les patients polymorbides, on a de plus en plus souvent recours à une répartition du traitement entre plusieurs séjours hospitaliers. De même, les décisions de traiter un patient en ambulatoire ou en stationnaire sont prises un peu plus souvent sur la base de critères non médicaux, ce qui, selon l'enquête auprès des médecins, est souvent fait pour le bien du patient et médicalement défendable. Mais il est possible que, dans ce contexte, des décisions deviennent de plus en plus souvent problématiques sur le plan médical.

Constat 4

Suite aux changements liés aux forfaits par cas, on note une tendance à répartir le traitement des patients polymorbides sur plusieurs séjours hospitaliers et un risque accru que la décision de traiter un patient en ambulatoire ou en stationnaire soit prise sur la base de critères non médicaux.

Dans beaucoup de secteurs, les médecins du domaine somatique aigu perçoivent SwissDRG de moins en moins négativement. En général, l'attitude de rejet est aussi en recul. Les réserves concernant de nouveaux forfaits par cas uniformes dans tous les hôpitaux de soins somatiques aigus ne se sont pas amplifiées, mais elles ont de manière générale diminué. Cependant, près de la moitié (47%) des médecins du domaine somatique aigu ont toujours une attitude clairement négative ou plutôt négative envers SwissDRG.

Constat 5

Les médecins sont un peu moins sceptiques à l'égard de SwissDRG. De ce fait, ils mettent moins l'accent sur les effets négatifs que les années précédentes, même si la charge administrative semble augmenter. Lorsque le processus de changement en est à un stade un peu plus avancé, l'influence directe de SwissDRG apparaît comme étant un peu moins problématique que prévu.

Conclusions

1. Les nouveaux tarifs et financements hospitaliers ont parfois suscité un certain énervement chez les médecins et provoqué une hausse des tâches administratives, mais jusqu'ici le traitement des patients n'a subi que des changements ponctuels. Les médecins compensent la surcharge administrative croissante par encore plus d'heures supplémentaires. Tant que l'influence directe de ces changements n'est pratiquement pas perceptible sur la manière de traiter les patients ni sur les effectifs médicaux, la grande satisfaction au travail reste stable.
2. Dans l'environnement de travail des médecins, les changements critiques concernent la répartition des traitements sur plusieurs séjours hospitaliers, les décisions de traiter un patient en ambulatoire ou en stationnaire et les garanties de prise en charge trop tardives touchant le domaine somatique aigu et la réadaptation. Une discussion sur les mesures à prendre contre ces effets ou les corrections à effectuer est indispensable.
3. Les attentes des médecins ont été prises en compte dans la planification des processus de changement des dernières années. Lorsqu'une stratégie a été élaborée et appliquée suffisamment tôt, il a été possible de diminuer les résistances et les réserves des médecins. Pour l'instant, les effets négatifs concomitants tels que les retards dans la facturation sous SwissDRG ne concernent pas encore le quotidien médical.

Annexe

Team gfs.bern



LUKAS GOLDER

Chef de projet sénior, membre de la direction, politologue et spéc. en sciences médiatiques

Points forts:

Communications intégrées et analyses de campagnes, analyses d'impact médiatique, votations, élections. Modernisation de l'Etat, réformes de la politique sanitaire. Publications dans des recueils, des revues, des journaux et sur l'internet.



CLAUDE LONGCHAMP

Président du conseil d'administration et président de la direction de gfs.bern, membre du conseil d'administration de gfs-bd, politologue et historien, chargé de cours des universités de Berne, Zurich et St-Gall et de l'Ecole supérieure zurichoise de Winterthur.

Points forts:

Votations, élections, partis politiques, culture politique, communication politique, lobbying, opinion publique, racisme, politique sanitaire et financière.

Nombreuses publications sous forme de livres ou dans des recueils et des revues scientifiques.



CINDY BEER

Cheffe de projet, sociologue

Points forts:

Gestion de la communication, analyses du contenu multimédia, études ad hoc, méthodes qualitatives.



STEPHAN TSCHÖPE

Chef des analyses et services, politologue

Points forts:

Analyse complexe de données, programmation informatique et enquêtes, projections, baromètre des partis, visualisation



PHILIPPE ROCHAT

Assistant de projet, politologue

Points forts:

Analyse des données, programmations, analyse des médias, recherches, visualisations.



CAROLE GAUCH

Assistante de projet, spécialiste en sciences médiatiques et politologue

Points forts:

Analyse des données, programmations, analyse des médias, recherches, visualisations.



JOHANNA SCHWAB

Administration, employée de commerce CFC

Points forts:

Desktop-publishing, visualisations, administration de projets et de présentations

gfs.bern
Hirschengraben 5
Case postale 6323
CH – 3001 Berne
Téléphone +41 31 311 08 06
Téléfax +41 31 311 08 19
info@gfsbern.ch
www.gfsbern.ch

Das Forschungsinstitut gfs.bern ist Mitglied des Verbands Schweizer Markt- und Sozialforschung und garantiert, dass keine Interviews mit offenen oder verdeckten Werbe-, Verkaufs- oder Bestellabsichten durchgeführt werden.

Mehr Infos unter www.schweizermarktforschung.ch

**SCHWEIZER
MARKTFORSCHUNG**
Kein Verkauf - Wissenschaftlich - Anonym

**gfs.bern**
Menschen. Meinungen. Märkte.