

Le projet St-Gallois «Kleeblatt» [5] propose un modèle à succès présentant une véritable orientation de la formation postgraduée en médecine de famille vers l'activité professionnelle ultérieure. Tout d'abord, le financement de la formation postgraduée en cabinet médical est disponible. Deuxièmement, Christian Häuptle, médecin cadre en médecine de famille, accède également aux moyens de financement cantonaux nécessaires pour les postes de formation hospitaliers. Il dispose ainsi d'une position d'influence lors des entretiens avec les médecins chefs, ce qui lui permet d'orienter les postes de cursus vers une voie véritablement spécifique en médecine de famille. La plateforme «Avenir de la formation médicale» nouvellement créée sur invitation de l'OFSP comprend 16 organisations des domaines de la santé et de la formation, parmi lesquelles figurent H+ et l'Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) en tant que représentants de la médecine hospitalière et des spécialistes. Toutefois les médecins de famille n'y figurent pas. Cette situation est inacceptable, car la médecine de famille doit elle aussi pouvoir défendre ses intérêts. Werner Bauer, successeur de Max Giger à la tête de l'ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue), promet de s'investir dans le financement de l'assistantat au cabinet médical au sein de ce comité. C'est réjouissant, mais encore insuffisant.

### Conclusion

Le but prioritaire et ciblé de la formation postgraduée de nos jeunes collègues doit être de les orienter vers leurs futures tâches de médecins de famille telles qu'elles sont définies dans les buts de formation du nouveau cursus «médecin de famille» pour le titre de spécialiste

en médecine interne générale. Pour atteindre cet objectif, il faut que les représentants de la médecine de famille aient suffisamment d'influence. A cet effet, ils doivent à la fois acquérir le contrôle sur le financement de la formation postgraduée hospitalière de la relève en médecine générale et disposer des montants nécessaires pour assurer sa formation postgraduée au cabinet médical.

### Références

- 1 Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie. <http://www.admin.ch/ch/f/as/2008/5105.pdf>.
- 2 Giger M. Une ordonnance du Conseil fédéral met en péril la relève médicale. BMS. 2008;46:1981. [http://www.saez.ch/pdf\\_f/2008/2008-46/2008-46-1159.PDF](http://www.saez.ch/pdf_f/2008/2008-46/2008-46-1159.PDF).
- 3 Glauser R. Le Tribunal administratif fédéral soutient santésuisse. Journal ASMAC 5. 2010,5,;6-7. [http://www2.vsao.ch/fileupload/2010921171544\\_pdf.pdf](http://www2.vsao.ch/fileupload/2010921171544_pdf.pdf).
- 4 Giger M, Telser H. Nouveau modèle de financement de la formation médicale postgraduée en général et après l'introduction des DRG, BMS. 2009;46:1785-6. [http://www.saez.ch/pdf\\_f/2009/2009-46/2009-46-977.PDF](http://www.saez.ch/pdf_f/2009/2009-46/2009-46-977.PDF).
- 5 Häuptle C, Meyenberger C, Greminger P. Das St. Galler Projekt: Vom Projekt zum Modell? SÄZ. 2010;24:949-53. [http://www.saez.ch/pdf\\_f/2010/2010-24/2010-24-318.PDF](http://www.saez.ch/pdf_f/2010/2010-24/2010-24-318.PDF).

### Correspondance:

Dr. med. Bernhard Rindlisbacher  
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
 Traubenweg 67  
 3612 Steffisburg  
 bernhard.k.rindlisbacher@hin.ch

Thomas Rosemann, Carola A. Huber

## Les DRG et la médecine de famille – une chance ou un risque pour le cabinet du médecin de famille en tant que «maison médicale»?

**Disons-le d'emblée: vouloir extrapoler l'influence des DRG sur les soins ambulatoires à partir des données disponibles d'autres systèmes de santé tient surtout de la spéculation, et ce pour de multiples raisons.**

### Recherche concomitante sur les DRG – des enseignements d'Europe et des Etats-Unis

- Aucun système de santé ne dispose d'une analyse méthodique systématique, au sens d'une comparaison avant – après.
- De nombreuses évolutions, par exemple le raccourcissement des séjours hospitaliers, ont débuté avant l'introduction des DRG et se sont poursuivies de manière linéaire avec leur mise en place dans certains pays. Dans d'autres, on a observé une accélération du processus. Par exemple en Autriche où les « groupes de cas de diagnostics en fonction des prestations » ont mené à une réduction de la durée des séjours hospitaliers de 14 à 17% avec une hausse simultanée de 8 à 13% de leur nombre.

- Dans certains domaines, on ne sait pas encore clairement dans quelle mesure des transferts vers le secteur ambulatoire sont dus à d'autres facteurs tels que, par exemple, les progrès technologiques (dans le diagnostic et le traitement ambulatoire) ou des offres de soins complémentaires. S'agissant des effets de trans-

### Participez au projet de recherche «DRG» de l'Institut de médecine de famille de l'Université de Zurich!

Nous recherchons des collègues acceptant de participer au projet de recherche «Effets des DRG sur la médecine de famille». La condition est d'utiliser le système du dossier électronique du patient. Les personnes intéressées peuvent s'adresser à notre Institut ([www.hausarztmedizin.uzh.ch](http://www.hausarztmedizin.uzh.ch)) ou directement au Dr Carola Huber, MPH. E-mail: [carola.huber@usz.ch](mailto:carola.huber@usz.ch)

fert, il faut différencier également les « shift to outpatient care » (c'est-à-dire les soins de premier recours) et les « shift to postacute care » dans des institutions spéciales. Huit études prouvent la première hypothèse, douze la seconde, deux n'ont constaté aucun changement et une étude a prouvé les deux possibilités. S'ajoute au caractère contradictoire de ces résultats le fait qu'il est difficile de définir précisément la contribution de chaque facteur, c'est-à-dire de l'aspect ambulatoire accru de l'offre et de la demande accrue liée aux DRG.

- Il faut tenir compte par ailleurs, lors de l'interprétation des résultats, de la difficulté de comparer entre eux les divers systèmes de santé. Un accroissement de volume pour un secteur ne doit pas se refléter dans une augmentation des honoraires, par exemple par des mécanismes de couverture, dans la rémunération des soins ambulatoires.
- L'aspect contradictoire des résultats apparaît également dans les études les plus récentes réalisées en Allemagne. Ici encore,

on a renoncé à une évaluation systématique telle qu'elle est en réalité prescrite par la loi. Fin mars 2010, l'institut allemand InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) a publié les résultats de trois projets de recherche aux contenus et à la méthodologie plus ou moins divers sur les effets des DRG. Selon l'enquête resp. les personnes concernées (personnel hospitalier ou assurance-maladie), les études aboutissent à des conclusions totalement différentes. Par ailleurs, les sondages portent surtout sur la qualité et ne fournissent

**Il reste à craindre que l'on souligne et approuve avec enthousiasme ce rôle de médecin de famille mais que la rémunération financière correspondante ne suive pas.**

que peu de données (de routine) des assureurs-maladie. Il est intéressant de constater que les médecins de famille n'ont été impliqués dans un projet «Wandel in Medizin und Pflege im DRG-System (Evolution de la médecine et des soins dans le système des DRG)» (WAMP) que par le biais d'un sondage qualitatif. Les données allemandes sont instructives en ce qui concerne la charge de travail. Conformément à l'étude WAMP, la charge administrative des médecins hospitaliers a nettement augmenté: en moyenne, ils passent désormais 4,3 heures par journée de travail à des activités médicales, 2,1 heures à des activités administratives, 1,4 heure à des entretiens avec les patients et leurs proches et 1,2 heure à la rédaction de courriers médicaux.

### Transfert des prestations stationnaires vers le secteur ambulatoire

En résumé, on peut dire que depuis la mise en place des DRG resp. du Prospective Payment System (PPS) – qui est leur pendant aux Etats-Unis – les temps d'hospitalisation ont nettement diminué, les

patients admis étaient plus gravement malades et on a fourni plus de prestations en dehors de l'hôpital. S'agissant du nombre d'hospitalisations, les résultats divergent (comme indiqué plus haut). Ils ont constaté un recul aux Etats-Unis, par exemple, mais une hausse en Autriche. Compte tenu de la situation des données, on peut admettre qu'il existe aussi un transfert dans le secteur de la médecine de famille.

Que signifie-t-il pour la médecine de famille, et en particulier pour le cabinet du médecin de famille en tant que «Medical Home», c'est-à-dire que lieu d'accompagnement tout au long d'une vie par le médecin de famille?

### Les DRG aux frais du médecin de famille: travailler plus pour gagner moins?

Plus que toutes les autres professions des soins ambulatoires, la médecine de famille sera confrontée aux évolutions démographiques et aux défis qui en découlent (maladies chroniques et multimorbidité). Les DRG mèneront très probablement toujours plus à un suivi pré- et post-stationnaire de ces patients au cabinet du médecin de famille. Ceci ira de pair, tant avec une charge supplémentaire de communication qu'avec, et surtout, une charge supplémentaire de diagnostic. Il reste à craindre que l'on souligne et approuve avec enthousiasme ce rôle de médecin de famille mais que la rémunération financière correspondante ne suive pas. Il sera important de bien documenter d'éventuels transferts vers le domaine ambulatoire et en particulier de la médecine de famille afin d'être armé pour les débats portant sur le sujet. D'un point de vue scientifique, il s'agit d'une opportunité historique. Du point de vue de la médecine de famille, cette démarche aura quasiment une importance existentielle. Une répartition au détriment de cette spécialité réduirait encore l'attrait de cette profession pour les futurs médecins. Dans la mesure où, tout comme en Allemagne, on ne dispose pas de résultats méthodiques de qualité, en dépit de la recherche concomitante de l'organisation de branche, nous avons, dans le cadre de l'Institut de médecine de famille, déclaré le thème comme thème de recherche prioritaire.

Correspondance:  
Prof. Dr Thomas Rosemann, PhD  
Dr Carola A. Huber, MPH  
Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung  
Universität Zürich  
Sonneggstrasse 6  
8091 Zurich  
carola.huber@usz.ch  
thomas.rosemann@usz.ch