



H+ Séminaire spécialisé 02-11-2010 Berne

Les changements induits par les DRG, et leurs effets sur les organisations, les professionnels, les patients et la qualité – et: *Quelles conséquences pour la sécurité des patients?*

Dr phil. Brigitte Sens – Paul Wenzlaff – Dr méd. Gerd Pommer –
Prof. Dr méd. Horst von der Hardt



Zentrum für
Qualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen • Hannover

Qualitäts*Initiative*

Niedersächsischer Verein zur Förderung der Qualität im Gesundheitswesen e.V.

Situation initiale



Fait: Introduction en 2004 des DRG comme système de classification des cas = système de rémunération forfaitaire cohérent, orienté sur les prestations

Intention: Condition-clé d'une amélioration de l'efficacité des soins
changement de paradigme → orientation médicale et économique
c'est-à-dire:

- optimisation des structures internes de prestations et de coûts
- optimisation des processus de traitements
- transparence des prestations (type et quantité)

„Ressenti“: „écrémage des patients“

„bloody exits“

„effet carrousel“

„médecine à la chaîne“

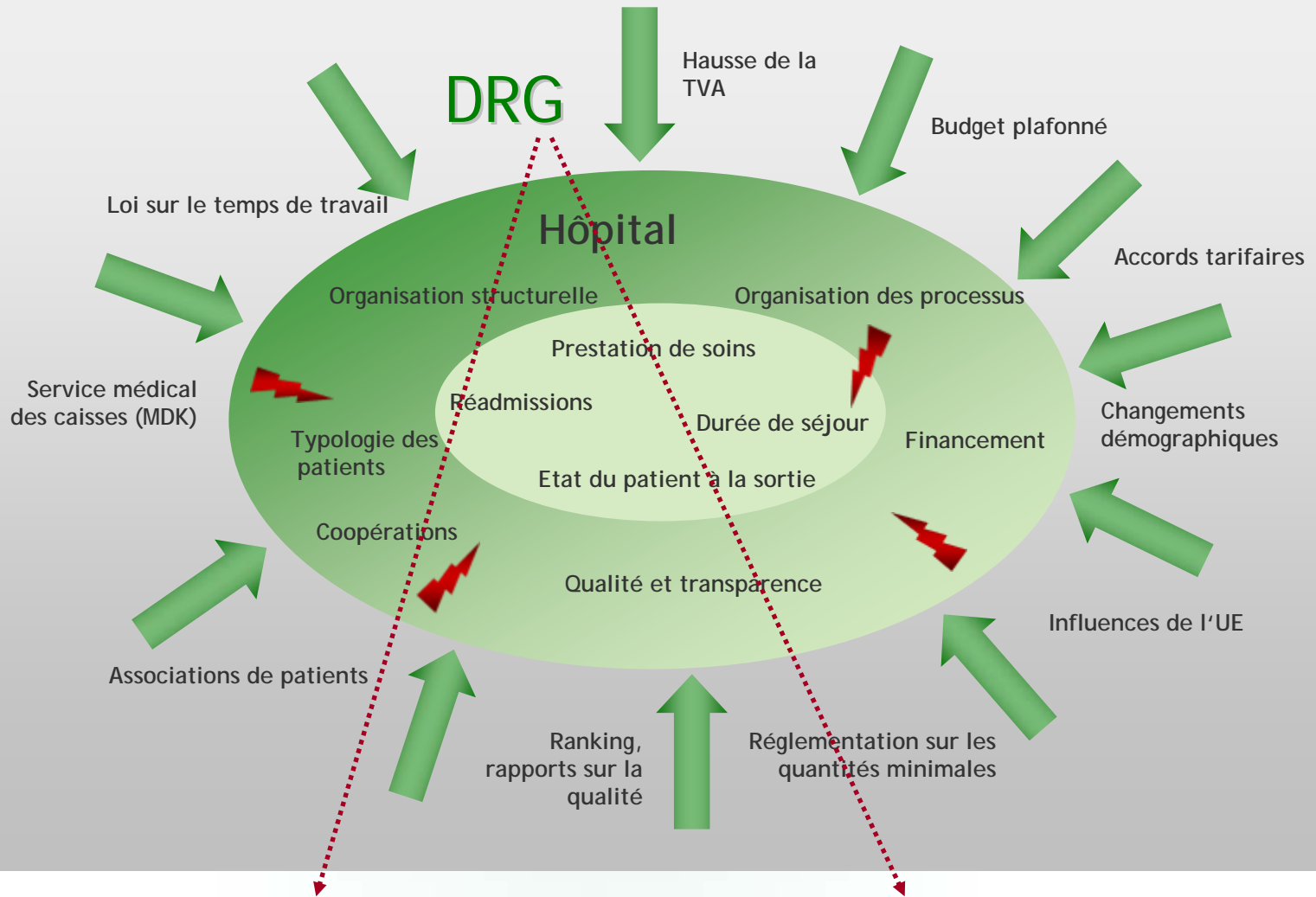
...

Les DRG sont responsables de tout!





Influences multifactorielles



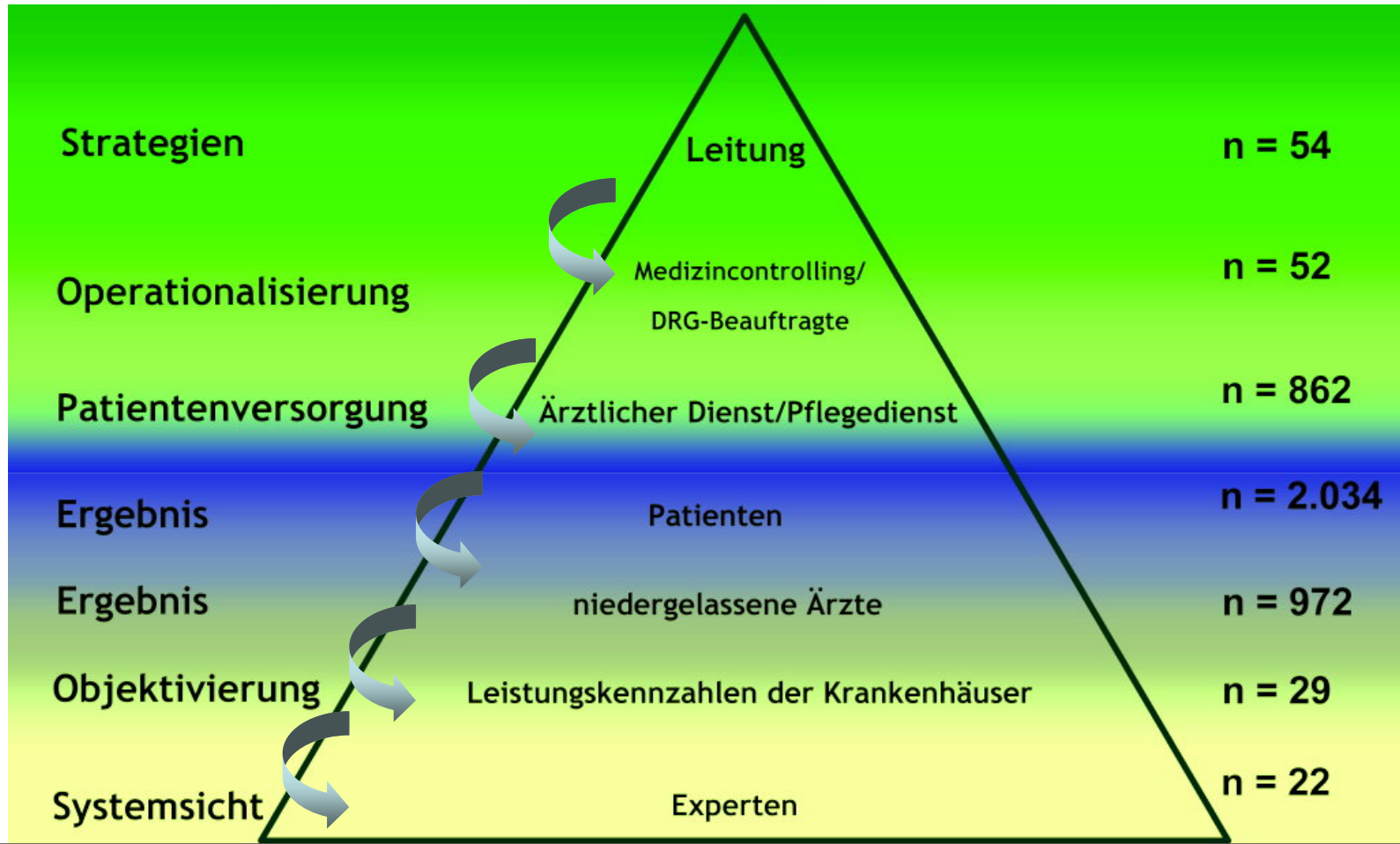
Dommages collatéraux?

Bénéfices collatéraux?



Conception du projet

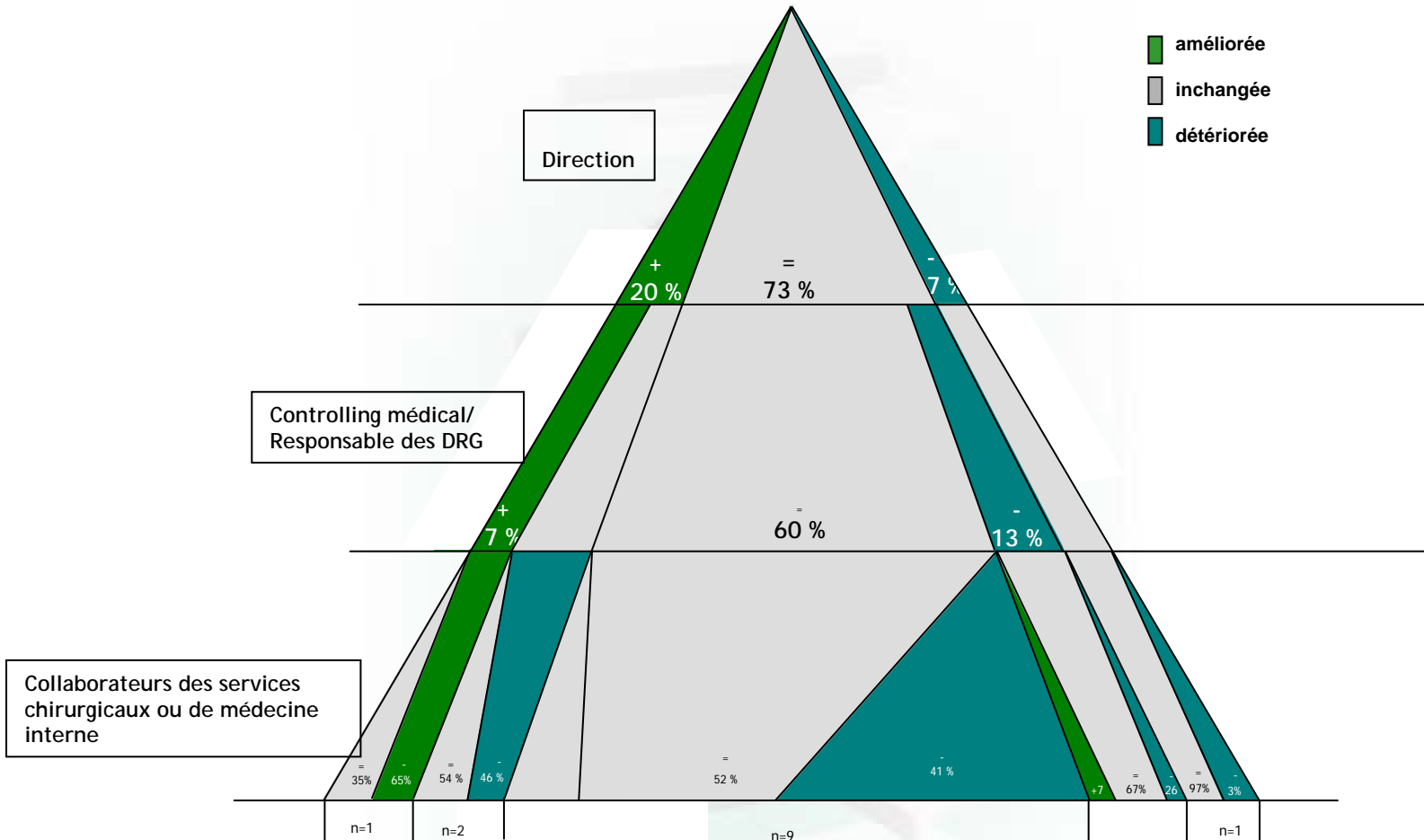
30 hôpitaux représentatifs de toutes les catégories de soins



Conception structurelle et modèle de procédure du projet DRG:
Méthode de triangulation - approche basée sur le dialogue



„Qualité“ modifiée?



Estimation de la modification de la qualité des soins consécutive à l'introduction des DRG par la direction hospitalière et le controlling médical et évaluation de la qualité des soins par les collaborateurs



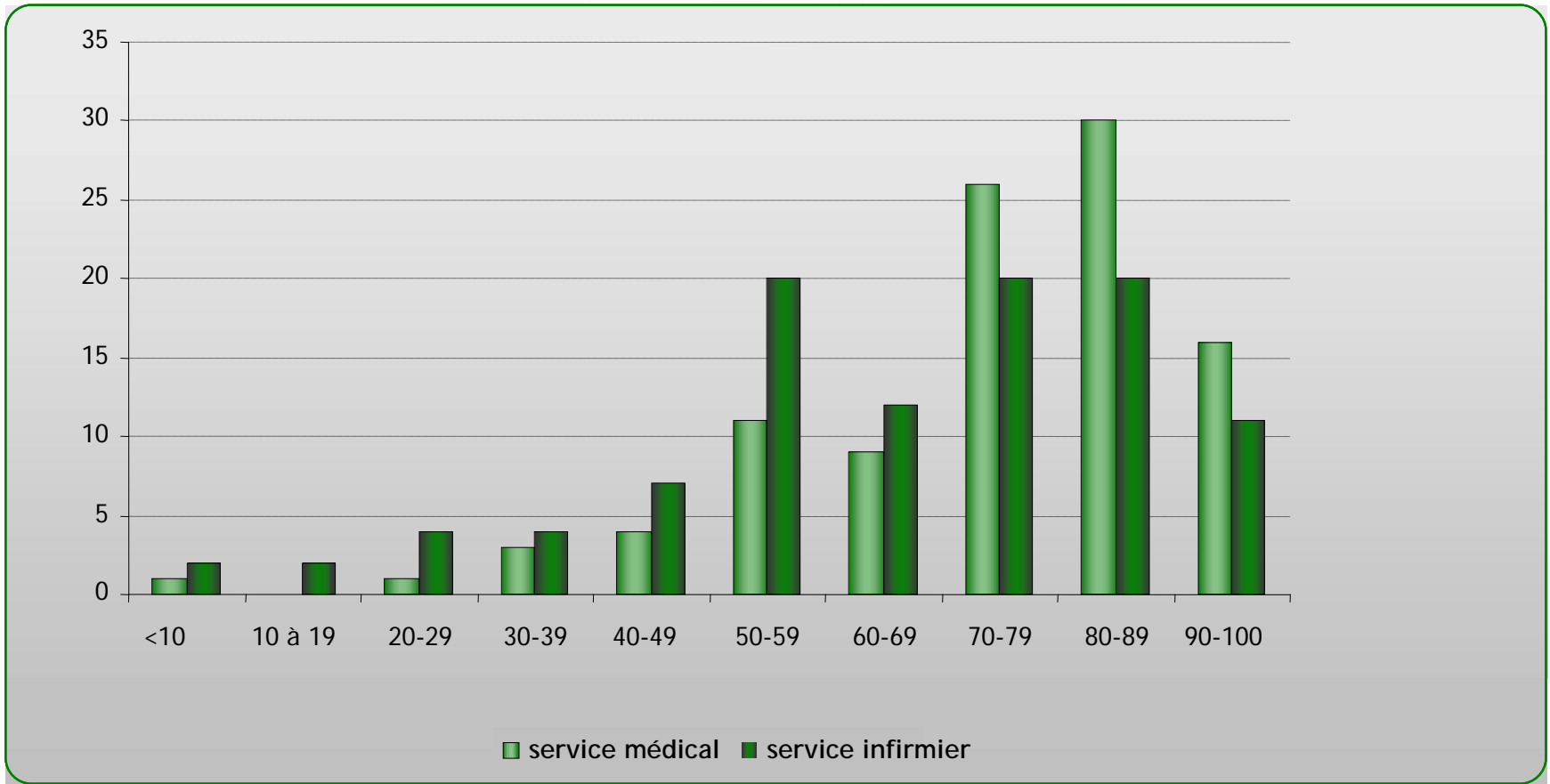
„Qualité“ modifiée?



Modification de la qualité des soins aux patients consécutive à l'introduction des DRG du point de vue de la direction de l'hôpital, du controlling médical et des collaborateurs des services chirurgicaux et de médecine interne hospitaliers.



Qualité actuelle des soins dans le service



catastrophique excellente

Evaluation de la qualité actuelle des soins selon le groupe professionnel



Comment est-ce possible?

- Le personnel infirmier a tendance à évaluer plus sévèrement la qualité des soins aux patients, car il a des attentes plus élevées à l'égard de ses propres prestations et il s'évalue plus négativement en raison du temps réduit à sa disposition

(Coef. var. infirmiers: - 9%

C.v. patients/infirmiers: 55 ↗ 65 période 2000-2007)

- Les médecins jugent avant tout en fonction des durées de séjour raccourcies, qui les placent eux-mêmes face à d'autres exigences en termes de processus de décision et d'organisation du travail en vue de la sortie: les perceptions professionnelles traditionnelles, les durées de séjour plus courtes et les nombres de cas plus élevés alimentent donc indirectement le jugement sur la qualité.

(C.v. médecins- chir./interne: +15% C.v. patients/médecins: 180 ↘ 165

période 2000-2007)

Décalage:

habitus organisationnel médical

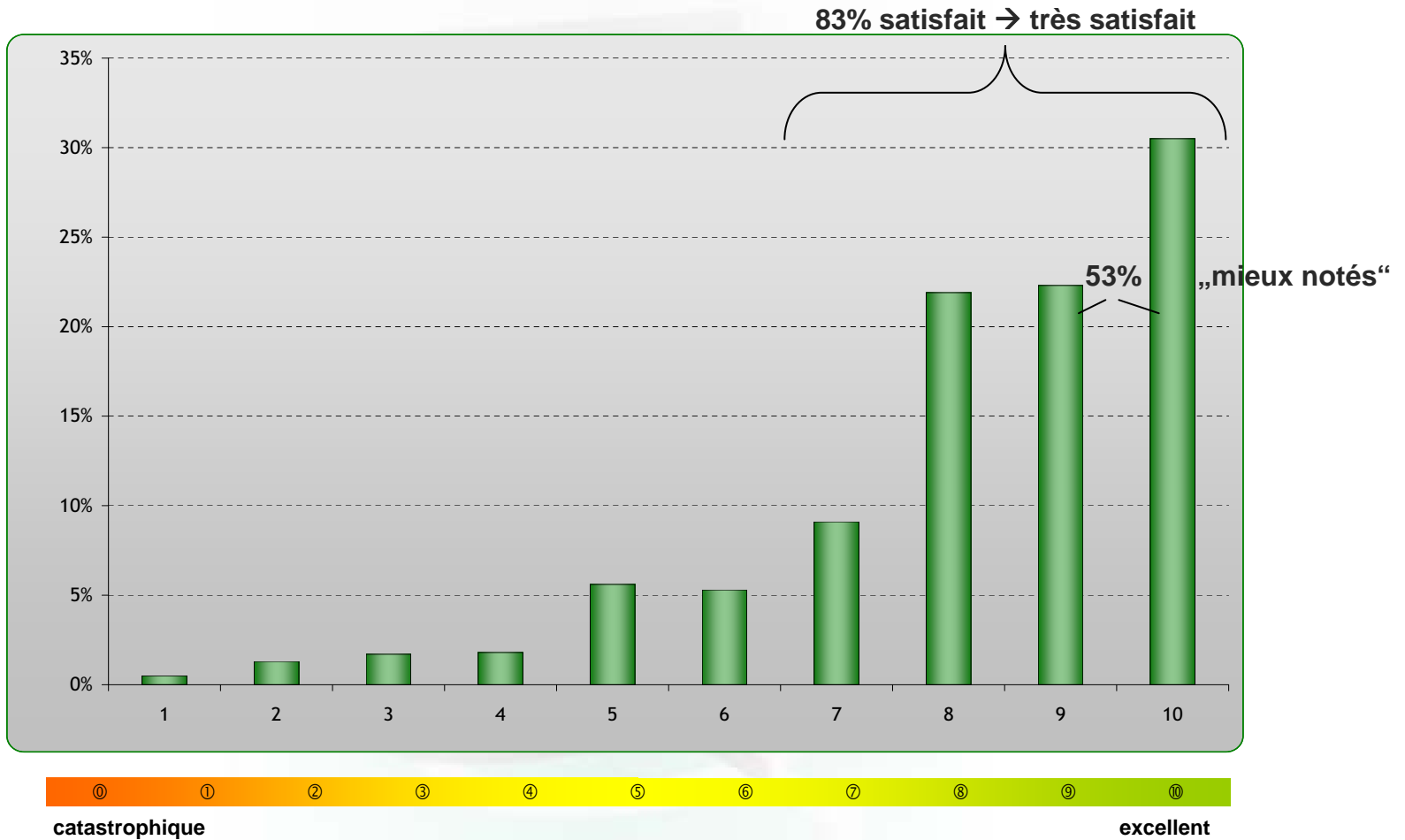


nécessité de penser et d'agir en processus

(„Les DRG sont responsables de tout!“)



„Qualité“ du point de vue des patients



Evaluation de la qualité des traitements par les patients



Pourquoi?

- **23% des médecins adressants considèrent que la sortie précoce ou la sortie le week-end constituent un problème auquel ni les patients ni le secteur ambulatoire ne sont préparés.**
(82% des patients jugent la durée de séjour „parfaitement adaptée“
40% des médecins – 26% des infirmiers jugent la durée de séjour „parfaitement adaptée“ mais:
5 % des médecins – 30% des soignants la qualifient de „trop longue“!)
- **14% des médecins adressants relèvent une détérioration en raison du manque de personnel, de temps et de moyens.**

Décalage:

durées de séjours raccourcies



chaînes de soins intersectorielles manquantes / insuffisantes

80% ont introduit un système de gestion des sorties...

- les médecins adressants n'en sont pas informés

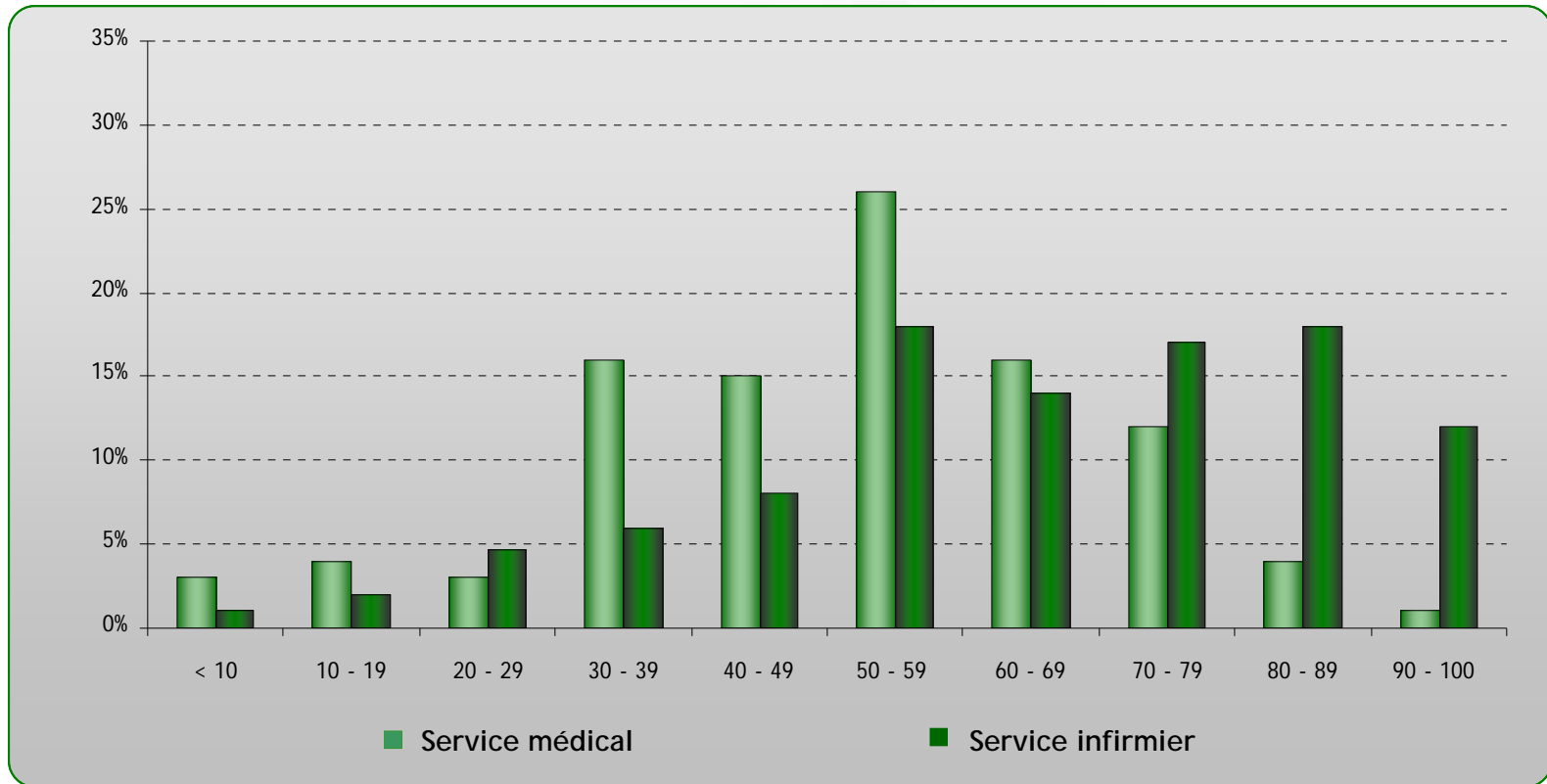
... ou ne l'appouvent pas!

(„Les DRG sont responsables de tout!“)



Durées de séjour du point de vue des collaborateurs

beaucoup trop court..... trop court..... parfaitement adapté..... trop long..... beaucoup trop long

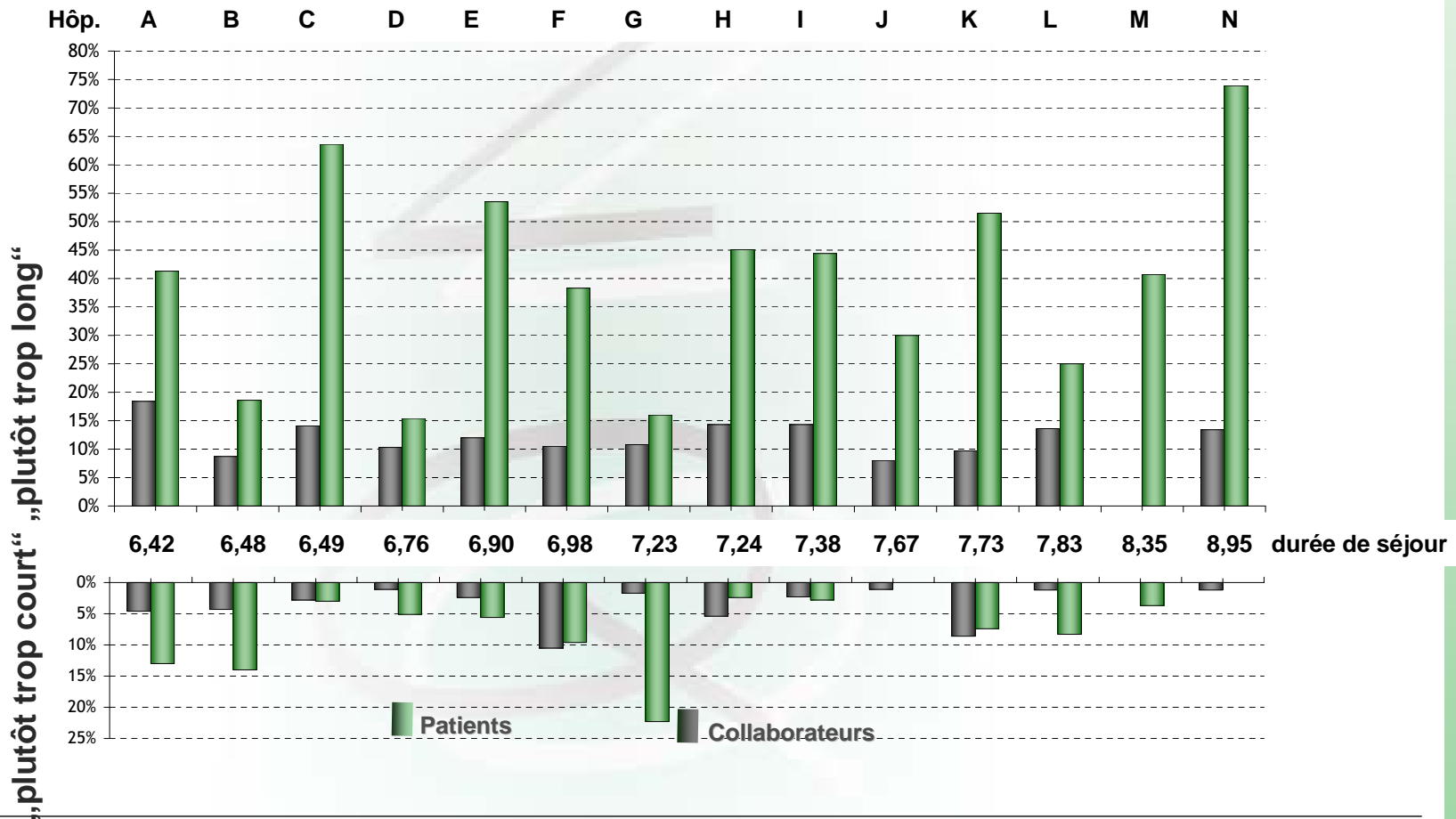


„ ... Les médecins jugent avant tout en fonction des durées de séjour raccourcies, qui les placent eux-mêmes face à d'autres exigences en termes de processus de décision et d'organisation du travail en vue de la sortie!“

Evaluation des durées de séjour par le personnel hospitalier



Durées de séjour: collaborateurs – patients – réalité

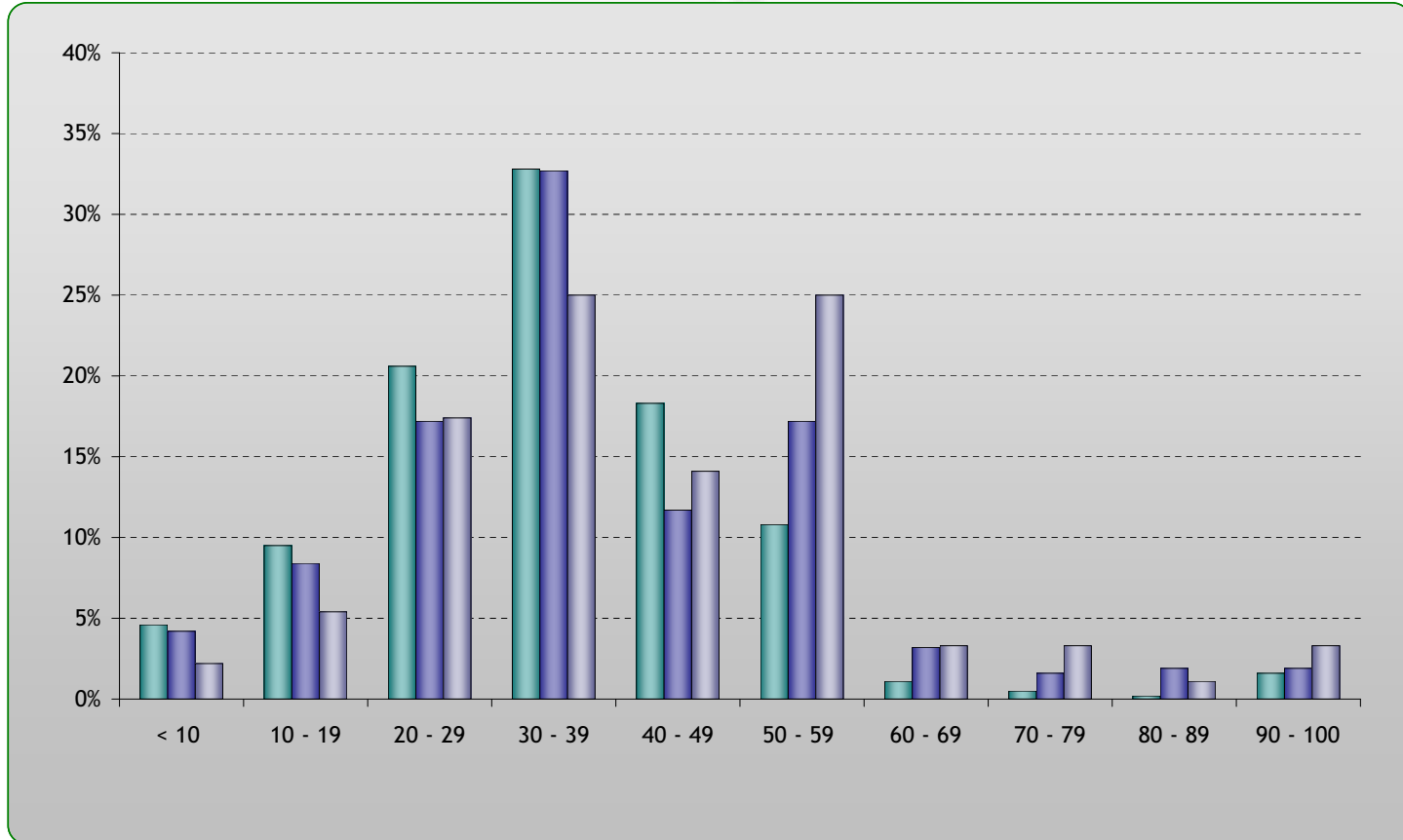


Estimation de la durée de séjour par les collaborateurs et les patients, en corrélation avec la durée effective moyenne dans les hôpitaux concernés



Durées de séjour du point de vue des médecins adressants

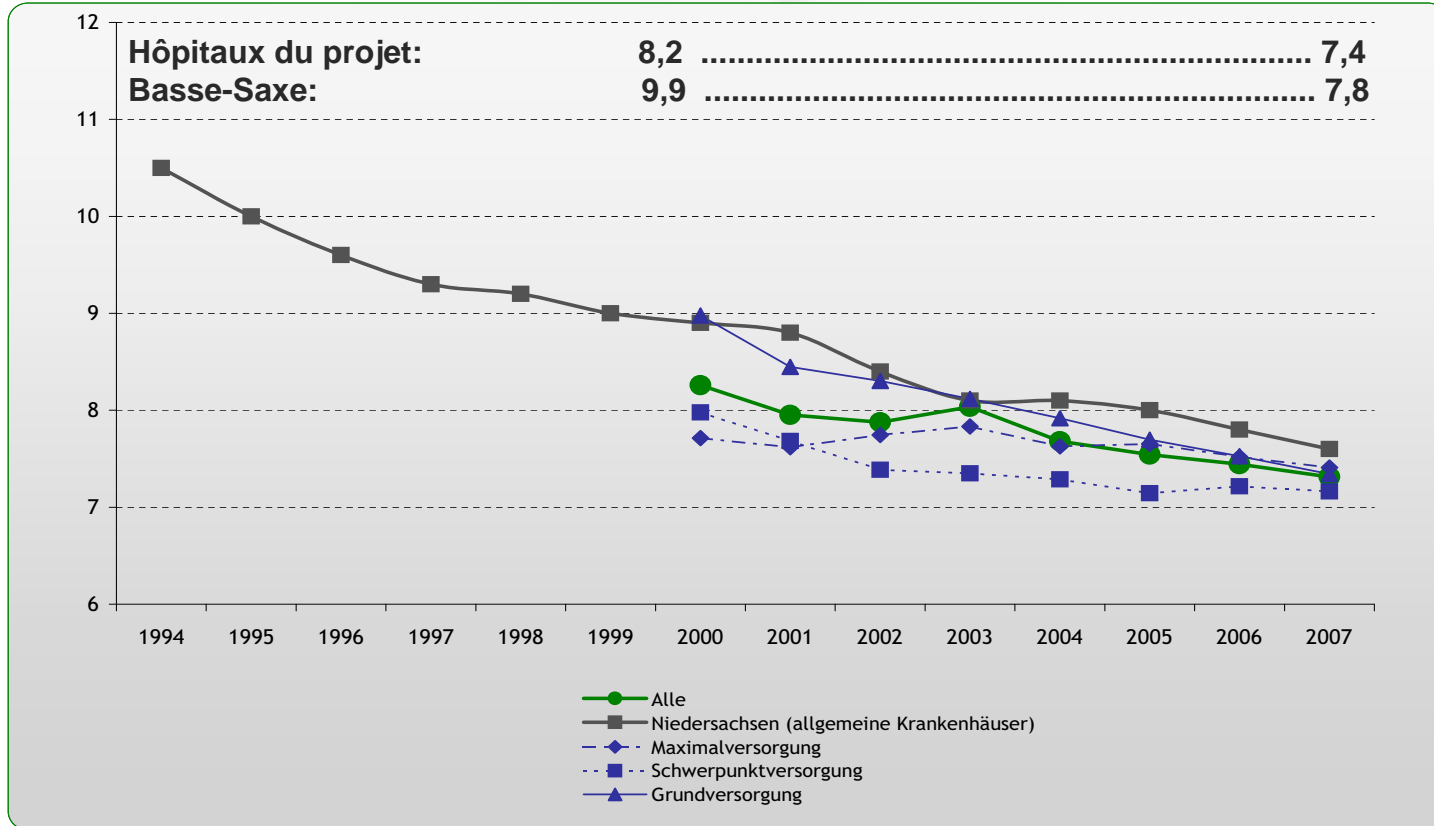
beaucoup trop court..... trop court..... parfaitement adapté.... trop long.... beaucoup trop long



Evaluation des durées de séjour par les médecins adressants



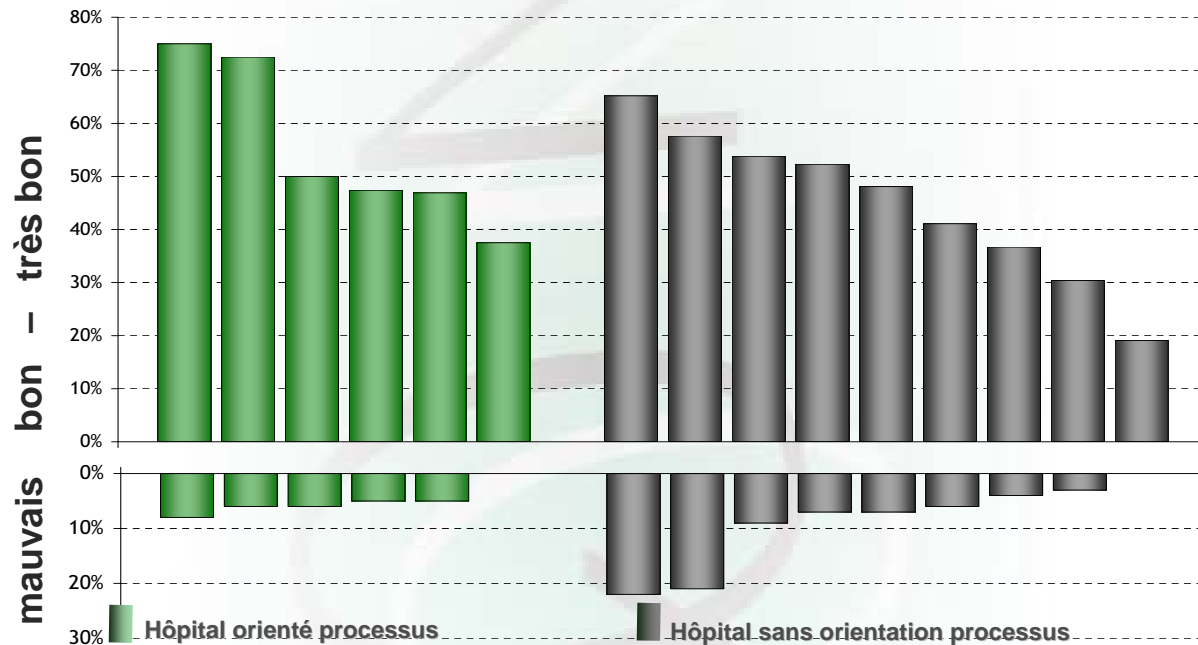
Durées de séjour – les faits



Evolution des durées de séjour dans les hôpitaux du projet et en Basse-Saxe 2000-2007



... qu'en serait-il avec une orientation processus?



Estimation par les collaborateurs de leurs propres accessibilité et disponibilité envers les patients dans les hôpitaux, avec et sans orientation processus



Et la sécurité des patients?

- La sécurité des patients n'était pas l'objet de l'étude
= pas analysée explicitement.

- Si on prend en considération le marqueur succédané „qualité“

Qualité = taux d'atteinte des exigences

- ♦ fixées [objectifs qualité, directives, standards de soins, consignes de travail et sur les processus...]
- ♦ généralement attendues [orientation patient, connaissances techniques, propreté, maîtrise des risques...]
- ♦ contraignantes [déontologie professionnelle, règles portant sur les équipements, dotation minimale de personnel, hygiène...]

la qualité et la sécurité des patients restent - *malheureusement* - inchangées .

- A noter que durant la période étudiée (2007/2008), l'Allemagne n'avait pas - *encore* - introduit de manière intensive des mesures en faveur de la sécurité des patients.

L'essentiel



- **La qualité des soins prodigués directement aux patients hospitalisés ne s'est, grosso modo, pas modifiée depuis l'introduction des DRG.**
(... mais il n'y a pas eu de saut qualitatif!)
- **Il n'y a pas de preuves d'une sélection ciblée des cas rémunérateurs („écrémage des patients“).**
- **Un phénomène de “bloody exits” systématiques n'est pas prouvé.**
- **Une augmentation des réadmissions („effet carrousel“) n'est pas attestée.**
- **Les hôpitaux ont créé les conditions essentielles à la mise en oeuvre opérationnelle du système DRG; une orientation stratégique pérenne, ainsi que des processus transparents ne sont que partiellement réalisés.**
- **Les conditions de travail se sont modifiées avec les DRG, mais l'effort concernant la documentation et le codage est surévalué; il n'a pas été remédié à la densité de travail plus élevée – en raison, entre autres, de la poursuite des réductions des durées de séjour et de l'augmentation des cas – par une orientation processus conséquente.**
- **La réussite économique de la plupart des hôpitaux de moyenne et grande taille se confirme sous le régime des DRG, parce que ces établissements ont la possibilité de prendre de nouvelles orientations stratégiques, ce qui est nettement plus difficile pour les hôpitaux de petite taille.**

Conclusion



- Lorsqu'un dommage collatéral attribuable aux DRG se produit, cela se passe à l'interface entre le stationnaire et l'ambulatoire: on n'est pas parvenu à fixer des compétences et des modalités de financement pour une prise en charge transparente et transversale; la problématique préexistante de la séparation des secteurs de soins s'est encore renforcée avec la réduction des durées de séjour.
- Une grande partie des problèmes réels et ressentis est due au profil professionnel traditionnel qui ne correspond pas aux exigences actuelles; les professionnels ne sont ni préparés aux nouveaux rôles et besoins ainsi qu'au travail en équipe, ni soutenus de manière adéquate. Cela vaut tant pour le secteur ambulatoire que stationnaire.
- Comme leur nom l'indique, les patients font toujours preuve de... patience: ils sont grosso modo satisfaits de leurs traitements. Reste à savoir jusqu'à quand le patient traditionnel, encore peu exigeant, peu informé et guère apte à co-décider, continuera de tolérer une organisation inchangée des soins et des processus de transition qui ne sont pas optimaux.





Mesures à prendre

Org. professionnelles Politique

Hôpitaux

- **Poursuivre de façon conséquente la voie des DRG** (économicité – transparence - qualité)!
 - **Résoudre le problème des divisions sectorielles!**
 - **Piloter les flux financiers orientés sur la qualité de manière à disposer pour l'avenir de soins de haute qualité et centrés sur les patients!**
 - **Inciter les professionnels à développer une image d'eux-mêmes moderne, qui ne soit pas marquée par une immense exigence de qualité!**
 - **Qualité et économicité sont des composantes interdépendantes des soins!**
 - **Cela doit être intégré à la formation initiale et continue!**
-
- **Stratégies → soins efficaces et centrés sur la qualité!**
 - **La qualité devient un critère central! La transparence arrive!**
 - **Orientation processus → conséquente à l'interne et transversale!**