



Schuplatz Spite

Schuplatz Spite No 4/10

Extraits en français du texte

“Les DRG arrivent”

Articles parus dans la revue spécialisée Schuplatz Spite No 4, août 2010.

Traduction a/f: Association suisse des services d'aide et de soins à domicile,
www.aide-soins-domicile.ch.

Avec l'autorisation du Trägerverein Schuplatz Spite,
www.schuplatz-spite.ch.

Les DRG arrivent

Les forfaits par cas pour les séjours hospitaliers qui seront introduits en 2012 se profilent déjà à l'horizon. La controverse autour de leurs avantages et leurs inconvénients s'intensifie dans des congrès et des revues spécialisées, alors que la préparation de la version suisse du système de forfaits par cas, les SwissDRG, bat son plein. On calcule surtout beaucoup. Car les DRG doivent apporter aux hôpitaux une indemnisation qui tient compte des prestations fournies de manière équitable. Davantage de transparence et d'efficacité. Et naturellement pas de diminution de la qualité. Mais personne ne sait encore exactement comment le nouveau financement hospitalier se répercutera sur les autres domaines du système de santé. Une seule chose est certaine: les hôpitaux et les services ambulatoires doivent collaborer ensemble de manière optimale. Et les services d'aide et de soins à domicile devront être disponibles à court terme, comme le souligne dans une interview Rita Ziegler, présidente de la direction de l'Hôpital universitaire de Zurich et membre du Conseil d'administration de SwissDRG. //

Quels sont objectifs qui doivent être atteints avec l'introduction du nouveau système de facturation Swiss-DRG?

Rita Ziegler: Actuellement, nous avons un tarif mixte pour les séjours hospitaliers sous forme de forfaits journaliers. Les DRG remplacent ces tarifs et indemnisent les hôpitaux en fonction de la gravité des cas. Ainsi, les hôpitaux sont payés de manière plus „juste“. A condition que le système tarifaire représente de manière juste le degré de gravité d'un traitement. Cette indemnisation des hôpitaux, qui tient compte de leurs prestations fournies de manière équitable, vise la transparence des coûts et l'efficacité ainsi que la qualité du traitement. Le système des DRG encourage la concurrence parce qu'il devient possible de comparer les prestations des différents hôpitaux. En parallèle, - et c'est important - une nouvelle planification hospitalière et un nouveau financement hospitalier seront introduits. Pour cette raison, il est extrêmement difficile de savoir si le système des DRG a atteint son but.



Personnalité

Rita Ziegler, 57 ans, licenciée en science économique de l'Université de St-Gall, dirige depuis 2008 l'Hôpital universitaire de Zurich en tant que présidente de la direction de l'hôpital. Elle a été directrice de l'Hôpital universitaire de Bâle durant six ans. Rita Ziegler est membre du comité et vice-présidente de H+ et membre du Conseil d'administration de SwissDRG SA.

La durée moyenne des séjours dans les hôpitaux a fortement baissé au cours des dernières années. Est-ce qu'avec le système des DRG, les séjours hospitaliers vont encore baisser?

La baisse de la durée moyenne des séjours dans les hôpitaux est en relation avec l'évolution de la médecine et avec de meilleurs déroulements. Je suis convaincue qu'à l'avenir, c'est en premier lieu la médecine qui déterminera le processus de traitement et, ainsi, la durée des séjours. Il est vrai que dans certains groupes de cas, il y aura une baisse supplémentaire de la durée du séjour hospitalier. Cette baisse se comprend au sens d'un „réajustement“ parce que jusqu'à présent, ces séjours-là étaient inutilement longs et que c'est devenu visible. Il s'agit donc d'un effet souhaitable. Une autre réduction générale de la durée des séjours n'est toutefois pas l'objectif visé.

Il est étonnant de constater à quel point la durée moyenne des séjours hospitaliers varie actuellement d'un canton à l'autre.

Ces grandes différences peuvent dépendre de beaucoup de choses – des structures hospitalières, du concept de traitement, des possibilités de suivi du traitement dans une région ou simplement aussi de la mauvaise gestion des sorties d'un hôpital. J'aimerais faire encore une remarque concernant les répercussions des DRG sur la durée du séjour des patients qui ont plusieurs diagnostics. Alors que jusqu'à maintenant plusieurs diagnostics étaient traités durant le même séjour à l'hôpital, il se peut qu'à l'avenir plusieurs séjours plus courts seront nécessaires parce que le système de financement ne connaît qu'un diagnostic principal. Sur ce point, il est encore nécessaire de faire quelque chose.



Est-ce que les coûts ne vont pas aussi baisser avec l'introduction du système des DRG?

L'effet d'économie n'est pas prioritaire. Il serait souhaitable d'atténuer l'augmentation des coûts avec l'introduction du système des DRG étant donné que l'évolution démographique laisse présager que les coûts de la santé vont augmenter. Il faut également prendre en compte qu'une partie des coûts va se déplacer du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire. Au total, cela pourrait devenir plus coûteux pour les caisses-maladie, étant donné que les traitements stationnaires ne peuvent être remboursés qu'à 45% au maximum.

Actuellement, il existe encore de nombreuses craintes face à l'introduction du système SwissDRG. Des médecins, des infirmières, des assurances et des organisations de patients mettent en garde contre ses répercussions négatives. Etes-vous surprise par toutes ces craintes qu'ils expriment?

En partie oui – d'une part, parce que leurs interventions viennent relativement tard et d'autre part parce que les expériences faites en Allemagne avec les DRG ne documentent pas de détérioration de la qualité. Jusqu'à un certain point, j'ai aussi de la compréhension pour leurs critiques et leurs craintes. Nous avons actuellement encore beaucoup de problèmes irrésolus concernant à la fois le système DRG et le financement hospitalier. Personnellement, je regrette beaucoup que les instances politiques n'exigent pas une recherche d'accompagnement sur les répercussions des DRG et n'aient pas mandaté une telle recherche. Cela permettrait d'optimiser le système en se basant sur des faits au lieu de débattre peut-être sur des cas individuels montés en épingle.

J'aimerais revenir sur certains points critiques concrets. Que répondez-vous à ces craintes: il y aura des «sorties dans le sang» – les réhospitalisations vont se multiplier – les hôpitaux vont essayer de «se débarrasser» des personnes souffrant de multimorbidité et de maladies chroniques?

Ce qui se passe dans les hôpitaux deviendra plus transparent avec les DRG. Ce n'est pas souhaité par tout le monde. Le nouveau système est ainsi considéré comme une atteinte à l'autonomie liée au professionnalisme. Comme plus de 11% du produit social brut suisse coulent dans le système de santé, il ne doit pas y avoir de «boîte noire». La population a le droit de savoir qui travaille bien et qui ne travaille pas bien. S'il devait vraiment y avoir des patients qui sont obligés de quitter un hôpital prématurément, « dans le sang », comme vous dites, ou des hôpitaux qui cherchent à se débarrasser d'un patient, cela sera immédiatement visible et corrigé.

On craint également qu'avec le système des DRG, la situation psychique et sociale des patients et le surcroît des dépenses, en particulier dans les soins, ne soient pas suffisamment pris en compte.

Je partage ces craintes. Il existe des cas pour lesquels le diagnostic médical est relativement simple mais où on constate tellement d'autres problèmes qui s'ajoutent au diagnostic qu'il faut parler de cas complexes. Ces cas ne

Le système SwissDRG

Les groupes de diagnostics apparentés (Diagnosis Related Groups DRG) sont des forfaits par cas pour des diagnostics qui sont regroupés par groupes. Plusieurs hôpitaux en Suisse travaillent déjà avec les DRG. Suite à la révision de la LAMal, le système SwissDRG qui est développé actuellement, sera introduit à partir de 2012 dans tous les hôpitaux suisses.

Ce système prévoit que chaque séjour hospitalier est attribué à un groupe de cas à l'aide de critères particuliers comme le diagnostic principal, les diagnostics secondaires, les traitements, l'âge, le sexe, la durée du séjour et le degré de gravité. SwissDRG SA est compétente pour l'élaboration et le développement de ce système suisse de forfaits par cas. Les hôpitaux, les assurances-maladie et les cantons sont représentés dans cette société anonyme d'utilité publique, créée en 2008.



Pour les sorties d'hôpital annoncées à court terme, les services d'aide et de soins à domicile bâlois ont déjà mis en place une équipe spécialisée qui organise les transferts à domicile directement depuis l'hôpital.

sont pas suffisamment représentés par le système. Là, j'ai une critique fondamentale à faire au système des DRG tel qu'il se présente actuellement: les diagnostics infirmiers n'y ont aucune place. Je comprends très bien la critique faite à ce sujet par les infirmières. Car dans la perspective des soins infirmiers, un cas peut être complexe même si le diagnostic médical est simple. Il faut toutefois préciser que jusqu'à présent cette différenciation n'existe dans aucun pays qui applique le système des DRG. Mais je maintiens ma critique: à mon avis, c'est une erreur.

Des efforts ne sont-ils pas entrepris pour changer cela?

Si, l'Association suisse des directrices et directeurs des services infirmiers (ASDSI) a un projet dans ce sens. Mais

celui-ci ne sera pas terminé d'ici l'introduction du système des DRG, sans parler de la question de l'application.

Les infirmières craignent également que leur charge administrative augmente encore en vue du codage et qu'elles aient encore moins de temps pour leurs patients.

Avec les DRG, il existe en soi une charge plus élevée mais les informations doivent être toujours à jour. Les données doivent être introduites immédiatement dans le système afin que le codage puisse être fait sérieusement. Aujourd'hui, presque tous les hôpitaux ont encore des problèmes d'efficacité dans ce domaine. Les DRG vont faire augmenter la pression qui est liée à une documentation rapide, bien faite et exacte. Sur ce point, il s'agit aussi d'éliminer un malentendu: une documentation médico-infirmière fait partie d'un traitement d'excellente qualité. Ce n'est donc pas une tâche administrative au sens propre du terme.

Venons-en aux répercussions du système des DRG dans le domaine ambulatoire. Que se passera-t-il dans ce domaine et à quel point les services d'aide et de soins à domicile seront-ils touchés?

Une partie des examens préliminaires et de suivi seront certainement transférés dans le domaine ambulatoire. Ce sont surtout les services ambulatoires des hôpitaux et les médecins qui sont concernés par les examens préliminaires. Après la sortie de l'hôpital, il pourrait y avoir un surcroît de travail pour les médecins traitants. Ensuite vient certainement la question des soins de transition et des soins à domicile. On ne sait pas encore clairement si les services d'aide et de soins à domicile auront vraiment davantage de prestations à fournir. Par contre, il est certain qu'ils devront être disponibles à plus court terme. A l'avenir, les hôpitaux devront optimiser leur planification des sorties et le laps de temps entre la décision et le moment de la sortie devra être plus court. En vue du système des DRG, un hôpital peut envisager de mettre sur pied son propre système d'aide et de soins à domicile afin de ga-



rantir le suivi des soins durant les premiers jours suivant la sortie de l'hôpital.

des hôpitaux ne savent pas encore précisément ce qui va changer dans ce domaine.

Actuellement, quelles sont les autres réflexions concrètes des hôpitaux concernant le suivi dans les soins et la prise en charge ainsi que dans le domaine des soins aigus et de transition tels qu'ils ont été redéfinis dans le cadre du financement des soins?

Concernant le suivi dans les soins et la prise en charge, à l'Hôpital universitaire de Zurich, nous nous concentrons actuellement surtout sur les cliniques de réhabilitation. Car, elles ont un problème de manque de places, il se passe souvent vite une semaine avant qu'un patient puisse y être transféré.

Au sein de l'Aide et des soins à domicile, les estimations sont extrêmement partagées concernant le nombre de cas qu'il y aura dans le domaine des soins aigus et de transition. Les uns supposent qu'il n'y aura que très peu de cas, les autres partent du principe que les cas seront si nombreux qu'une partie des organisations d'aide et de soins à domicile seront surchargées. Qu'en pensez-vous?

C'est difficile à évaluer. Ce sont exactement les questions qui auraient pu être examinées dans une recherche d'accompagnement qui aurait été effectuée en parallèle à l'introduction des DRG.

Que recommandez-vous à une organisation d'aide et de soins à domicile qui aimerait se préparer dès maintenant à l'introduction des DRG?

Si je dirigeais une organisation d'aide et de soins à domicile, j'analyserais maintenant qui m'envoie quels clients. Il en ressortirait une image objective des partenaires qui sont significatifs en lien avec les DRG. Si le nombre des clients qui proviennent des hôpitaux est significatif, je chercherais le dialogue avec les hôpitaux et j'essaierais de clarifier à quels changements il faut s'attendre. Il faut toutefois tenir compte du fait qu'actuellement la plupart

Ce sont surtout de petites organisations d'aide et de soins à domicile, qui n'occupent que peu d'infirmières à un taux d'occupation peu élevé, qui pourraient avoir des problèmes.

Il s'agit de problèmes que les organisations d'aide et de soins à domicile connaissent avec ou sans le système des DRG. On exige toujours plus de continuité et de fiabilité, toujours plus de flexibilité et de disponibilité de la part des services d'aide et de soins à domicile. En vue des DRG, cela deviendra encore plus important. Les hôpitaux ne sont pas que des lieux consacrés à la médecine curative mais aussi des lieux de sécurité. Les patients aimeraient parfois rester une nuit de plus à l'hôpital parce qu'ils ne se sentent pas encore prêts à rentrer chez eux ou peut-être parce que personne ne peut s'occuper d'eux à la maison. Les DRG vont ainsi contribuer à renforcer le rôle important de l'aide et des soins à domicile – surtout aussi en regard des besoins de sécurité des patients. //

Problèmes et revendications

Les forfaits par cas dans les hôpitaux offrent, certes, des opportunités. Mais ils sont aussi liés à des risques. Voilà ce que montrent les brefs commentaires ci-dessous provenant du monde médical et infirmier, des hôpitaux, des assurances-maladie et de l'Aide et soins à domicile au sujet des DRG et des soins aigus et de transition qui y sont indirectement liés.

Le vrai problème: les soins aigus et de transition



Stéphanie Mörikofer, présidente de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD)

«Le problème, ce n'est pas l'introduction des DRG. Les nouvelles exigences qui résultent de l'introduction des DRG correspondent largement à celles auxquelles l'Aide et soins à domicile doit se confronter de toute façon avec l'évolution démographique: par exemple mieux travailler en réseau avec d'autres fournisseurs de prestations, aussi spécialisés, être disponible à toute heure du jour et de la nuit, sept jours par semaines et mieux soutenir et décharger les proches soignants. Le vrai problème, ce sont les soins aigus et de transition. Bien que nous nous y soyons opposés avec véhémence, le Parlement a décidé une durée maximale de deux semaines après la sortie de l'hôpital pour la prise en charge de ces soins. C'est clairement insuffisant, en particulier pour les personnes âgées nécessitant des soins mais aussi pour les situations de soins palliatifs. En outre, il n'est absolument pas clair s'il sera possible dans les cantons de convenir avec Santésuisse d'un remboursement acceptable sur le plan financier.»

La qualité risque de baisser



Ernst Gahler, vice-président de la Fédération des médecins suisses (FMH)

«Les répercussions des DRG sont difficiles à prévoir. A cause de la pression financière sur les hôpitaux et, en conséquence, des hospitalisations courtes, nous craignons une augmentation de la prise en charge médicale et soignante dans le domaine ambulatoire. A ce sujet, il manque malheureusement des données provenant de l'expérience faite en Allemagne. En Suisse également, ni SwissDRG SA ni l'OFSP ne tiennent compte de cet élément. Une recherche d'accompagnement n'est pas prévue ou ne démarrera qu'après 2013 (!). Nous, les médecins praticiens, nous sommes en train de saisir la situation réelle dans un projet pilote afin de pouvoir ensuite monitoriser les changements. Nous voulons ainsi répliquer au reproche de l'augmentation des quantités. Nous craignons également que lorsque les patients doivent quitter l'hôpital, les hôpitaux déplacent les «cas» lucratifs vers le domaine ambulatoire hospitalier. Il existe des signes clairs dans ce sens: dans beaucoup d'hôpitaux, les services ambulatoires et les services d'urgence se sont développés de manière considérable en vue de l'introduction des DRG. Les patients présentant des cas difficiles, complexes, très coûteux, nécessitant beaucoup de ressources et de temps doivent alors être pris en charge de manière croissante à l'aide de soins aigus et par les médecins praticiens. Comme la capacité dans ce segment est déjà pleinement utilisée, cela



AIDE ET SOINS A DOMICILE

conduira vraisemblablement à une baisse de la qualité de l'offre sanitaire.»

Les interfaces - à observer tout particulièrement



Otto Bitterli, directeur de l'assurance-maladie CEO Sanitas

«A côté des opportunités, l'introduction des DRG implique également de nombreux défis. Sanitas voit des éléments positifs dans le nouveau système tarifaire, car un système homogène dans toute la Suisse peut activer la concurrence grâce à davantage de transparence et permettre un pilotage ciblé de l'offre sanitaire. Il est toutefois important qu'une application efficiente du système (par ex. l'échange électronique des données, la livraison des données médicales nécessaires) ne soit pas entravée par trop d'intérêts particuliers. Avec l'introduction des DRG, l'importance d'une assurance de la qualité durable et pertinente augmente également. En tant qu'assurance-maladie, nous avons un souci concret: l'introduction des DRG ne doit pas conduire à un renchérissement général. Car c'est exactement ce qui est à craindre actuellement si, de manière tendancielle, davantage de DRG plus coûteux sont codés. Cela ne débouche pas seulement sur un surcroît des coûts du côté des prestations mais aussi sur un renforcement des dépenses de vérification et de contrôle chez les assurances-maladie. Un autre thème important concerne les interfaces entre les soins ambulatoires et stationnaires, c'est-à-dire entre l'hôpital aigu et le traitement préliminaire et de suivi. Lors de l'introduction des DRG, ces interfaces et le nombre des dépenses facturées séparément à côté des forfaits DRG doivent être observés en particulier et intégrés dans une analyse élargie des cas.»



Lorsque les patients doivent quitter l'hôpital, lesquels seront «déplacés» vers le secteur ambulatoire de l'hôpital et lesquels seront „laissés“ aux médecins?

Investissons dans les soins infirmiers!



Elsbeth Wandeler, secrétaire générale de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)

«L'introduction des DRG doit être considérée dans le contexte du nouveau financement des soins. Le but déclaré de raccourcir la durée du séjour hospitalier des patients implique qu'il faut assurer des soins à domicile. A l'avenir, les patients devront quitter l'hôpital alors que leur situation ne nécessite, certes, plus de soins hospitaliers mais, dans beaucoup de cas, un suivi dans les soins sera encore nécessaire. C'est là que le modèle des soins aigus et de transition du nouveau financement des soins s'appliquera. Pour cette raison, le modèle doit absolument être appliqué comme cela avait été prévu lors de l'introduction du financement des soins. L'argumentation, invoquée par exemple par la conseillère nationale Ruth Humbel, selon laquelle l'Aide et les soins à domicile n'est pas appropriée pour assumer cette tâche montre le peu de connaissances qui existent sur l'offre actuelle et moderne des organisations d'aide et de soins à domicile. On voit une fois de plus que dans les discussions



sur le financement, il s'agit moins de garantir des soins appropriés aux patients que de se battre pour la répartition des moyens financiers. Une chose reste toutefois évidente: l'introduction du nouveau financement hospitalier ne pourra pas se faire avec succès sans des investissements dans le personnel infirmier. Car les infirmières et les infirmiers fournissent une contribution déterminante à la guérison rapide des patients et ainsi à leur sortie rapide de l'hôpital.»

Piloter la trajectoire du patient avec professionnalisme



Beat Straubhaar, directeur de l'Hôpital STS SA, Thoune:

«A côté des aspects positifs, chaque système de financement des hôpitaux contient des risques et des points faibles.

Les forfaits par cas peuvent entraîner par exemple que des prestations qui sont déjà rémunérées par le système de dédommagement de l'hôpital, soient transférées à des fournisseurs de prestations ambulatoires. De ce fait, les coûts de la santé ne baisseraient pas vraiment mais seraient simplement déplacés ou imputés de manière supplémentaire au système de santé.

Une autre crainte est que les patientes et les patients qui n'ont pas d'environnement social approprié soient dirigés vers des institutions inadaptées. Pour cette raison, il est important que la trajectoire du patient soit pilotée de manière professionnelle en tenant compte de son état de santé et de son environnement social afin d'éviter de « fausses » entrées ou de « faux » transferts. Par contre, je n'ai pas peur qu'il y ait par exemple des sorties de l'hôpital „dans le sang“ ou qu'on refuse à des patients des prestations médicales ou soignantes indispensables. Les contrôles réciproques de tous les professionnels impliqués dans le traitement vont empêcher un tel comportement contraire à l'éthique.» //



Les patients qui n'ont pas d'environnement social approprié seront-ils dirigés dans des institutions inadaptées?

Des expériences réalisées avec des forfaits par cas

Réd. // Les trois hôpitaux d'Einsiedeln, de Lachen et de Schwyz ont introduit des forfaits par cas en 2003 déjà. Le secrétaire général de l'Association cantonale d'aide et de soins à domicile du canton de Schwyz fait le bilan suivant: l'application des forfaits par cas n'a jamais confronté les services d'aide et de soins à domicile à des défis insurmontables. Les expériences et les recommandations de dix organisations de base d'aide et de soins à domicile du canton de Schwyz concernant les forfaits par cas sont résumées ci-dessous:

- Les mandats à court terme et limités dans le temps ont augmenté. Il en va de même pour les mandats relatifs aux soins de traitement. Le nombre de clients a augmenté. Davantage de flexibilité, de planification à court terme et de frénésie en sont les effets. Cela se



répercute sur les déroulements et les structures internes et influence la fluctuation du personnel. Des exigences de plus en plus élevées sont posées aux services d'aide et de soins à domicile. Des compétences approfondies sont requises. Les répercussions financières vont à la charge de l'Aide et soins à domicile et des communes. L'Association cantonale de l'aide et des soins à domicile s'est impliquée pour que le canton participe aux coûts supplémentaires pour la formation initiale et continue qui est nécessaire en raison des DRG.

- Depuis l'introduction des DRG, nous n'avons pas été submergés par les patients. Par contre, nous constatons que les transferts de patients se produisent plus souvent le vendredi en fin d'après-midi et le samedi. Nous disposons depuis des années de suffisamment de personnel spécialisé afin de pouvoir gérer également des entrées de patients aux situations complexes également durant les week-ends. Concernant le thème des DRG, les interfaces et les déroulements de processus ont été examinés et adaptés pour l'hôpital, l'Aide et soins à domicile et les établissements médico-sociaux lors de séances régulières réunissant des représentants de ces trois lieux de soins.
- Tout au début, nous n'étions pas très bien informés au sujet des patients qui sortaient de l'hôpital. Il manquait par exemple des rapports de transmission, des listes des médicaments ou des ordonnances pour les pansements. Mais depuis tout fonctionne en général bien, aussi grâce aux contacts personnels.
- Il n'y a pas eu de défi insurmontable pour nous, ni un surcroît démesuré d'entrées. Mon impression est que les patients n'ont pas été davantage adressés à l'Aide et soins à domicile. Il me semble qu'ils ont été tout simplement renvoyés à la maison et qu'ils arrivent ensuite chez nous par le biais de leur médecin seulement lorsque quelque chose ne va pas.
- Les forfaits par cas se sont répercutés, et se répercutent, chez nous de la manière suivante: des clients rentrent plus tôt à la maison; une trop grande charge (surcharge des lits) à l'hôpital se ressent immédiatement / directement; la pression pour que nous reprenions des cas à court terme a augmenté; des clients sortent plus fréquemment de l'hôpital avec des conseils et un soutien organisationnel (trop) minimes, ce qui fait augmenter fortement la charge des pro-

ches; des séances entre intervenants deviennent de plus en plus nécessaires avant la sortie de l'hôpital des clients afin de pouvoir répondre à leurs besoins; des évaluations de soins requis se font de plus en plus le week-end; conjointement avec l'hôpital, l'Aide et soins à domicile régionale a mis sur pied un groupe de travail qui optimise l'interface entre les deux institutions; le groupe de travail se réunit deux fois par année; les interventions brèves se multiplient (par ex. conseils en stomathérapie et pour les plaies, instruction pour des injections); de plus en plus de mandats sont rapidement remplis, en d'autres termes, les mandats de courte durée ont augmenté (par ex. convalescence après des opérations ou des clients avec des prothèses partielles de l'épaule ou de la hanche); le service du week-end a dû être renforcé par davantage de personnel. L'évaluation générale est la suivante: les forfaits par cas ont eu des répercussions considérables mais les mesures nécessaires et les adaptations organisationnelles ont été bien gérées par notre organisation. Une autre crainte est que les patients qui n'ont pas d'environnement social approprié soient transférés dans des institutions inadaptes. Pour cette raison, il est important que la trajectoire du patient soit pilotée de manière professionnelle en tenant compte de son état de santé et de son environnement social afin d'éviter de « fausses » entrées ou de « faux » transferts. Je n'ai par contre pas peur qu'il y ait par exemple des sorties de l'hôpital „dans le sang“ ou qu'on refuse à des patients des prestations médicales ou soignantes indispensables. Les contrôles réciproques de tous les professionnels impliqués dans le traitement vont empêcher un tel comportement contraire à l'éthique. //

Photos : mis à disposition, Marius Schären, Keystone/Andree-Noelle Pot, Keystone/Gaëtan Bally