

DRG: crainte d'une bureaucratisation croissante de la médecine

L'essentiel en bref



La forte identification professionnelle du corps
médical hospitalier menacée par l'introduction de
SwissDRG

Etude concomitante à l'occasion de l'introduction de
SwissDRG, effectuée sur mandat de la FMH, 2011.

Equipe de projet

Lukas Golder, politologue et spécialiste des médias

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

Martina Imfeld, politologue

Silvia Ratelband-Pally, administratrice

Stephan Tschöpe, politologue

Andreas Stettler, solutions internet

Jonas Ph. Kocher, politologue

gfs.bern
Menschen. Meinungen. Märkte.

Sommaire

MANAGEMENT SUMMARY	3
CONCLUSION ET THÈSES	4
L'ESSENTIEL EN BREF	8
OBJECTIF ET MÉTHODE	8
ETAT DE SANTÉ DES MÉDECINS, PERSPECTIVES ET STIMULATION INTELLECTUELLE.....	8
SATISFACTION AU TRAVAIL ET RELATIONS DANS LE MILIEU MÉDICAL.....	9
LIBERTÉ THÉRAPEUTIQUE ET QUALITÉ DU TRAITEMENT	10
DÉVELOPPEMENT DES EFFECTIFS MÉDICAUX	11
TEMPS CONSACRÉ: TÂCHES ADMINISTRATIVES VS. MÉDICALES	11
FORFAITS PAR CAS: EFFETS CONCOMITANTS ET POSITIONS.....	13
RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	16
CONCLUSION ET THÈSES	18
ANNEXE	22
<i>L'équipe de gfs.bern</i>	22

Berne, décembre 2011
Copyright by gfs.bern
Version pour publication

Management Summary

Alors que SwissDRG sera introduit dans l'ensemble de la Suisse au 1^{er} janvier 2012, gfs.bern a réalisé, sur mandat de la FMH, une première étude en vue de décrire en détail la situation et la position du corps médical hospitalier avant l'introduction effective du système. Les différents points passés en revue dans le cadre de cette analyse seront régulièrement réexaminés à l'avenir, notamment pour identifier les éventuels effets négatifs, directs ou indirects, de SwissDRG. Les premiers résultats présentés ici ont été relevés auprès d'un total de 1193 médecins hospitaliers, interrogés en ligne ou, à leur demande, par téléphone entre avril et mai 2011 (pré-test) ainsi que durant la période de juin à août 2011. En même temps, 266 médecins en pratique ambulatoire ont été appelés à se prononcer sur certains points de l'étude et à répondre à un questionnaire réduit, selon les mêmes méthodes que les médecins hospitaliers. Comme certains cantons et hôpitaux facturent déjà au moyen des forfaits par cas (APDRG), par service ou par processus au lieu de forfaits journaliers, il est dès lors possible de discuter des effets de différents systèmes de facturation observés jusqu'ici.

Nous résumons ci-après les réponses empiriques aux questions posées.

Etat de santé	Les médecins hospitaliers actuellement en exercice estiment que leur état de santé est aussi bon que celui des médecins exerçant en pratique ambulatoire. Mais ils disposent manifestement de moins de possibilités de réduire leur temps de travail, et donc de diminuer le poids des contraintes professionnelles. Beaucoup de médecins hospitaliers cessent leur activité à l'hôpital pour des raisons de santé découlant du poids de ces contraintes.
Perspectives professionnelles	L'activité médicale ouvre des perspectives. La plupart des médecins indiquent que leur travail est stimulant et qu'ils opteraient à nouveau pour cette profession si c'était à refaire. Une grande majorité des médecins hospitaliers voient leur avenir à l'hôpital.
Satisfaction au travail et relations dans le milieu médical	L'identification des médecins à leur profession est très forte ce qui se traduit par une satisfaction professionnelle élevée, avec toutefois un léger avantage aux médecins en pratique ambulatoire par rapport aux médecins hospitaliers. L'enquête révèle que c'est au niveau de l'équipe qu'il y a le moins de problèmes et que les supérieurs prêtent peu à la critique. La relation avec les patients est, elle aussi, au beau fixe. En revanche, la collaboration avec l'administration de l'hôpital ou avec les caisses-maladie, ainsi que le flux d'informations ou la mauvaise organisation générale du travail à l'hôpital peuvent être source d'insatisfaction. Si les pressions sont en général importantes, elles n'ont guère d'influence sur la satisfaction au travail.
Liberté thérapeutique et qualité du traitement	La liberté thérapeutique et la qualité du traitement sont largement intactes. Les patients reçoivent manifestement le meilleur traitement possible. Si une influence est exercée sur les médecins, elle provient en premier lieu des patients ou éventuellement des supérieurs (médecins cadres). Même si elles sont aujourd'hui déjà largement répandues, les réflexions économiques en vue d'optimiser les gains sont un peu plus marquées dans les institutions facturant à l'aide de forfaits par cas. Par ailleurs, on tente relativement souvent de transférer les patients atteints de maladies chroniques ou les patients polymorbides vers des établissements spécialisés sans toutefois que le système de facturation n'ait d'influence sur cette décision.
Développement des effectifs médicaux	Actuellement, les médecins n'ont pas de souci à se faire pour leur emploi car une majorité relative de services est en expansion. En outre, les variations au niveau des effectifs ne sont généralement pas liées aux forfaits par cas. En revanche, le personnel médical engagé dans les services et les hôpitaux avec des spécialisations minoritaires est aujourd'hui déjà insuffisant pour garantir un traitement optimal, et des problèmes de relève du corps médical se profilent à l'horizon.

Forfaits par cas: effets concomitants et positions

Le corps médical hospitalier s'oppose majoritairement à l'introduction de SwissDRG. Dans une moindre mesure, cela vaut également pour les médecins qui utilisent déjà les forfaits par cas et qui y sont légèrement moins critiques. Cependant, la comparaison (en fonction du type de facturation) des divers effets négatifs concomitants possibles, tels que le renvoi prématuré de patients, ne permet pas pour l'instant d'identifier un impact lié directement aux forfaits par cas. Notons toutefois que la majorité des médecins hospitaliers n'ont encore que des connaissances basiques en matière de DRG.

Temps consacré: tâches administratives vs. médicales

Le codage ne représente qu'une très petite partie du temps de travail total des médecins hospitaliers. Le temps utilisé directement pour la documentation des cas ou pour les dossiers médicaux est nettement plus important. Les «autres activités administratives» ou les «autres activités non médicales» requièrent bien plus de temps que le codage. Les médecins hospitaliers continuent de consacrer la plus grande partie de leur temps aux patients et nettement moins aux tâches administratives. Souvent confié à des spécialistes, le codage lui-même se réalise à l'aide de logiciels.

Le travail administratif reste à peu près le même quel que soit le système de facturation utilisé. Mais pour chaque système, une majorité nette de médecins hospitaliers se plaint d'une augmentation des travaux de documentation à des fins de facturation.

Conclusion et thèses

Conclusion

L'examen de l'état d'esprit et des positions du corps médical hospitalier suisse au cours de l'année précédant l'introduction de SwissDRG montre une grande satisfaction professionnelle et une forte identification à la profession médicale malgré des contraintes importantes. Les aspects positifs de l'activité médicale et une certaine sécurité de l'emploi l'emportent sur des aspects négatifs tels que le stress ou les heures supplémentaires. Les seules ombres au tableau sont des facteurs contextuels qui influent sur le quotidien des médecins. Le sentiment de limitation de la liberté thérapeutique est un point particulièrement sensible, que tout le corps médical partage. Mais la position fondamentale à ce sujet reste claire; les facteurs médicaux priment dans la gestion des patients. Certes, les facteurs non médicaux, tels que la gestion économique des ressources, sont reconnus et pris en considération comme conditions-cadres mais, en cas de situation conflictuelle, ils ne doivent pas être placés au-dessus du choix du traitement ou du bien du patient.

En matière de traitement, l'introduction de SwissDRG est précisément perçue comme une atteinte à la souveraineté décisionnelle des médecins, ce qui suscite crainte et scepticisme de leur part. Ce n'est pas à l'administration d'un hôpital ni aux caisses-maladie de décider d'un traitement, mais bien aux médecins et aux patients. On note un manque flagrant de connaissances approfondies sur les systèmes de facturation en général et un niveau de connaissance insuffisant du système SwissDRG. Cette lacune, combinée à d'éventuels effets négatifs concomitants tels que les renvois prématurés de patients ou la bureaucratisation, attise le scepticisme du corps médical suisse et permet d'expliquer l'attitude, largement répandue, de rejet de l'introduction de SwissDRG. Même si ce scepticisme tend à diminuer lorsque les connaissances du système augmentent, la majorité des médecins bien informés conservent un certain doute. Alors que les éventuels effets positifs de SwissDRG ne sont pas reconnus, les effets négatifs sont clairement montrés du doigt bien qu'en pratique, ils ne se soient pas concrétisés avec les forfaits par cas utilisés aujourd'hui. Les craintes «virtuelles» sont donc plus importantes que les effets négatifs «réels» observés actuellement, et mettent sous pression la forte identification des médecins à leur profession. Associées à l'introduction de SwissDRG, l'ingérence dans le quotidien du médecin et la bureaucratisation croissante incitent le corps médical à réfléchir à

voix haute à son éthique et à sa mission professionnelles. Dans sa perception, le corps médical risque de rejeter sur SwissDRG la faute des changements dans le domaine de la santé et donc d'en faire le symbole de ses doléances au quotidien.

Pour terminer, voici quelques réflexions de synthèse afin d'étayer sur la base de résultats empiriques concrets les thèses posées dans l'étude.

Plus de 80% des médecins suisses sont satisfaits de leur quotidien professionnel et 95% trouvent également que leur profession est passionnante. Les sollicitations sont élevées, ce qui se traduit notamment dans les heures de travail hebdomadaires majoritairement supérieures à 40 heures par semaine (cf. chapitre 3.1). La forte identification des médecins à leur profession et leur satisfaction professionnelle sont des aspects importants, car elles influent indirectement sur l'empathie et la relation avec les patients, facteur essentiel de la fourniture de prestations dans le domaine de la santé.

Thèse 1

Le corps médical exerce une profession passionnante dans laquelle il s'identifie fortement. Cela permet aux médecins de se soumettre à des contraintes professionnelles nettement supérieures à celles rencontrées normalement en Suisse. Peu nombreux sont ceux qui craignent pour leur emploi dans la mesure où les effectifs en personnel médical augmentent dans beaucoup d'hôpitaux.

Au sein du corps médical, les connaissances relatives aux forfaits par cas sont encore réduites, et seule une minorité de spécialistes dispose de connaissances approfondies. Certes, ce savoir augmente avec l'âge et dépend de la position professionnelle; mais ce n'est pas aux niveaux hiérarchiques les plus élevés que ces connaissances sont les plus fondées (chapitre 3.2). Ces lacunes incitent à la spéculation et suscitent des rumeurs, ce qui s'exprime par l'attitude de rejet de la majorité du corps médical par rapport à l'introduction de SwissDRG. Le fait profondément contradictoire de ne pas laisser de côté les aspects économiques dans le traitement des patients n'est pas très apprécié par le corps médical, qui s'inquiète plutôt de la qualité élevée des soins, ou plus spécifiquement, de la liberté thérapeutique et du bien des patients (chapitre 3.2). Il serait important de familiariser le corps médical avec les avantages de SwissDRG et de lui montrer que les exigences humaines resteront au centre de l'exercice de la profession, tout en attirant son attention sur le fait que les considérations économiques ne doivent pas être entièrement exclues.

Thèse 2

Les forfaits par cas ne font pas l'unanimité notamment en raison du niveau actuel de connaissances à ce sujet. Les impacts positifs ne sont quasiment pas reconnus alors que les effets négatifs sont largement diffusés et sollicitent des craintes. Pour beaucoup de médecins, les DRG caractérisent un rationnement accru et des contraintes supplémentaires dans le système de santé suisse: on redoute que l'accent soit mis sur l'économie au détriment de l'efficacité et de l'adéquation. Les forfaits par cas qui ont été introduits jusqu'à présent sembleraient avoir plutôt accéléré ce processus.

Le chapitre 3.1 décrit le temps de travail investi par les médecins pour accomplir différentes activités au quotidien. L'analyse des données en fonction du système de facturation montre que les différences sont actuellement très minimes entre ces systèmes. Les médecins hospitaliers qui facturent déjà à l'aide de forfaits par cas sont ceux qui requièrent le moins de temps pour les travaux de codage; ils consacrent le plus clair de leur temps aux activités médicales et aux patients. Ces différences tendent plutôt à démentir les craintes observées, et le chapitre 3.2 indique que des effets négatifs tels que les renvois prématurés de patients ou «l'effet tourniquet» ne semblent pas être plus fréquents avec la facturation à l'aide des forfaits par cas, du moins pour le moment. Seul le fractionnement du traitement des patients polymorbides semble se produire avec une fréquence

légèrement supérieure lorsque les institutions facturent avec les DRG (par rapport aux forfaits par processus ou aux forfaits journaliers).

Thèse 3

Les forfaits par cas déjà mis en application ont des effets peu mesurables sur le quotidien professionnel d'un hôpital ou sur des facteurs indirectement en relation avec les forfaits par cas. Malgré cela, les expériences personnelles n'ont qu'un faible impact pour réduire les réticences envers les DRG. Le processus de passage à SwissDRG devra donner activement le change aux réserves subjectives, sans quoi la transition risque d'être longue et laborieuse.

Les indications des médecins relatives au temps de travail investi dans les différentes tâches quotidiennes montrent que les activités médicales et celles liées aux patients représentent les postes les plus importants, mais que la somme des diverses activités administratives demande à peu près autant de temps (chapitre 3.1). Comparé à ces deux variables, le temps passé pour le codage est insignifiant et ce n'est donc pas à lui qu'il faut attribuer l'impression de bureaucratisation de la profession ressentie par les médecins. Mais certaines tensions sont très perceptibles notamment lorsqu'on examine la collaboration avec les caisses-maladie ou avec l'administration de l'hôpital (chapitre 3.3.2). En revanche, la collaboration avec d'autres médecins ou d'autres institutions médicales semble correcte.

Thèse 4

On observe une augmentation subjective du temps investi dans la documentation des cas traités et dans les travaux administratifs sans que le codage ne puisse en être tenu responsable. Ce sont plutôt les demandes de renseignement des caisses-maladie et les processus hospitaliers, ressentis comme superflus, qui sont en cause. Tant que SwissDRG ne donnera pas lieu à une augmentation massive des travaux de codage et de documentation médicale, on peut s'attendre à très peu d'effets négatifs directs des DRG sur les facteurs généraux de la satisfaction au travail.

Sujet important du débat public et politique dans le domaine de la santé, les considérations économiques influent déjà aujourd'hui sur le quotidien du médecin. La «rentabilisation», au sens d'une gestion de l'activité avec des moyens limités, est une réalité acceptée par le corps médical. En revanche, toute influence exercée sur les processus thérapeutiques ou les choix de traitement dans un contexte autre que médical est malvenue. En corrélation avec les DRG, les médecins redoutent notamment des conséquences sur le traitement de maladies ou de patients particuliers. Les chiffres donnent à penser que le traitement des patients polymorbides, par exemple, pourrait effectivement être influencé par le système de facturation. Les hôpitaux qui facturent déjà à l'aide des forfaits par cas déclarent deux fois plus souvent ne pas traiter intégralement les patients polymorbides, mais de répartir le traitement sur plusieurs hospitalisations (chapitre 3.2).

Thèse 5

Partie intégrante du quotidien des médecins hospitaliers, l'économicité est un facteur de pression pour les médecins qui redoutent de voir des impératifs non-médicaux influencer sur le traitement de leurs patients. Par exemple, le traitement des patients polymorbides pourrait être réparti sur plusieurs visites hospitalières à l'avenir. Le temps supplémentaire consacré à la documentation devrait principalement toucher les médecins-assistants.

Du côté des médecins, les connaissances en matière de DRG sont encore insuffisantes. Ces lacunes pourraient être comblées par une communication proactive, susceptible de rehausser l'acceptation des médecins pour SwissDRG et de les sensibiliser à ce nouveau système. Pour eux, l'introduction de SwissDRG est apparentée à une perte de leur liberté thérapeutique et à une dégradation

générale de leurs conditions de travail (chapitre 3.2). Bien qu'une majorité relative des médecins déclarent que l'introduction de SwissDRG n'aura pas d'influence sur leur motivation, il faut suivre de près l'évolution de leur identification professionnelle; ce d'autant plus que les médecins doivent déjà faire face à une perte de statut de leur profession, soumise à des pressions supplémentaires du fait de l'introduction des DRG. Selon les médecins, les DRG sont assimilables à une mise sous tutelle des procédures thérapeutiques, ce qui va à l'encontre de leur conception de la médecine. Il serait important de placer les prestations médicales au centre de la discussion et de saisir cette occasion pour faire fructifier le sursaut de responsabilité des médecins engendré par la pression économique. Les prestations médicales seront toujours du ressort des médecins, ce seront eux qui les fourniront à l'avenir aussi et non la direction d'une institution; les médecins doivent donc défendre et faire valoir en toute connaissance de cause leur propre position.

Thèse 6

Ressentie négativement, la bureaucratisation fait partie du quotidien des médecins hospitaliers. Par ailleurs, les DRG renforcent l'impression que les traitements sont de plus en plus dictés par des facteurs non médicaux. Aujourd'hui déjà, quel que soit le système de facturation utilisé, les considérations coût-utilité sont prises en compte lors de décisions quotidiennes dans les hôpitaux et, à chaque fois, le traitement médical est effectué de manière à optimiser le rendement. Toute liberté thérapeutique illimitée mais aussi la déontologie sont ainsi remises en question, ce qui compromet la forte identification des médecins hospitaliers à leur profession et du même coup leur engagement professionnel supérieur à la moyenne.

L'essentiel en bref

Objectif et méthode

Pour la FMH, l'objectif principal est d'étudier l'évolution de la relation médecin-patient et des conditions-cadres pour les médecins hospitaliers à l'aide d'une enquête représentative effectuée avant l'introduction de SwissDRG auprès des médecins hospitaliers et, pour certains points, auprès des médecins exerçant en pratique ambulatoire en sélectionnant les questions ayant une importance pour eux. L'étude a été conçue de telle sorte qu'elle puisse être répétée à une date ultérieure et qu'elle permette de quantifier les effets de SwissDRG sur le plan sociologique.

Partant d'une liste concrète de sept points à examiner, les questions ont été élaborées sur la base d'un concept et finalisées avec l'aide du groupe de travail SwissDRG de la FMH. Un test préliminaire a été effectué sur 99 médecins. Ce dernier s'étant déroulé sans problème particulier, seules quelques adaptations minimales ont été apportées et les réponses ont été prises en compte dans l'évaluation.

Pour la première étude présentée ici, 1193 médecins hospitaliers au total ont été interrogés en ligne ou, à leur demande, par téléphone entre avril et mai 2011 (pré-test) ainsi que durant la période de juin à août. Pour l'ensemble des résultats, cela donne une erreur théorique d'échantillonnage de +/-2,9 points pour cent pour une valeur indiquée de 50%. Cette affirmation vaut pour 95% des cas. Le rapport final se penchera sur quelques-unes de ces différences selon les disciplines.

Parallèlement, certains points de l'enquête ont été soumis à un sondage auprès de 266 médecins en pratique privée. Ici, la valeur correspondante pour l'erreur d'échantillonnage s'élève à +/-6,1 points pour cent.

L'échantillon a été constitué sur la base de la banque de données et des adresses mises à disposition par la FMH. Cette banque de données comprend tous les médecins détenteurs d'un titre de spécialiste ou visant un tel titre. Le taux d'interviews valides est de 26% des adresses de médecins hospitaliers disponibles. Ce taux s'explique par le problème rencontré chez plusieurs personnes contactées qui ont déclaré vouloir participer à cette étude mais ne plus exercer à l'hôpital. Compte tenu de ce fait, on obtient un taux de réponses de 30%. Chez les médecins en pratique ambulatoire, ce taux est de 31%.

Toutes les hypothèses formulées dans le concept se rapportent aux impacts possibles de SwissDRG. Ceux-ci ne pourront être chiffrés qu'à la condition de pouvoir effectuer au moins une étude incluant un nombre suffisant de médecins hospitaliers travaillant déjà avec SwissDRG. Dans le canton de Lucerne, les hôpitaux travaillent avec SwissDRG à titre d'essai. Mais le nombre restreint de médecins interrogés dans ces hôpitaux ne permet encore aucune affirmation sur SwissDRG. C'est pourquoi nous discutons les différences entre les systèmes de facturation sur la base des indications relatives au système de facturation des personnes interrogées. Celles-ci sont très hétérogènes: 317 médecins hospitaliers interrogés travaillent déjà avec des forfaits par cas, 140 avec des forfaits par service ou par processus et 313 encore avec des forfaits journaliers.

Etat de santé des médecins, perspectives et stimulation intellectuelle

Les médecins hospitaliers évaluent en majorité leur propre santé physique et psychique comme étant excellente ou très bonne, un résultat pratiquement aussi bon que chez les médecins en pratique ambulatoire. Seuls 14% des médecins hospitaliers et 15% de ceux en pratique ambulatoire estiment que leur santé physique est suffisante ou mauvaise. Des atteintes plus graves à la santé sont

L'échantillon:
1193 médecins hospitaliers
266 médecins en pratique ambulatoire

relativement rares. En tout, 4% des médecins hospitaliers se plaignent la plupart du temps ou souvent de dépression tandis que 13% en souffrent de temps à autre. En outre, selon leur propre estimation, 3% souffrent la plupart du temps ou souvent de toxicomanie ou de pensées suicidaires. Les problèmes relationnels sont assez largement répandus; 29% en ont au moins de temps en temps. Une large majorité (79%) a ressenti du stress durant l'année passée au moins de temps en temps, et près de la moitié même souvent ou la plupart du temps. Tous ces chiffres sont quasiment les mêmes pour les médecins en pratique ambulatoire. Le stress, largement répandu, s'explique en partie par un grand nombre d'heures de travail: 59% des médecins hospitaliers (contre 27% des médecins en pratique ambulatoire) disent avoir travaillé plus de 50 heures au cours de la semaine écoulée et 22%, même plus de 60 heures (pratique ambulatoire: 9%). Toutefois, 23% des médecins en pratique ambulatoire ont déjà réduit leur horaire de travail pour raisons de santé. Cela arrive nettement moins souvent chez les médecins hospitaliers (6%). Les deux groupes font un nombre comparable d'heures supplémentaires si l'on tient compte du taux d'occupation.

Par ailleurs, 31% des médecins hospitaliers déclarent que, durant les douze derniers mois, des collègues ont quitté leur activité hospitalière pour des raisons de santé. Les médecins hospitaliers ont un taux d'absentéisme nettement supérieur: en 2010, 70% des médecins en pratique ambulatoire n'ont pas manqué un seul jour pour cause de maladie contre seulement 56% des médecins hospitaliers.

La plupart des médecins hospitaliers (89%) décrivent leur travail comme très ou assez stimulant sur le plan intellectuel et 77% au moins opteraient à nouveau pour la profession médicale si c'était à refaire. Deux tiers voient leur futur en tant que médecin hospitalier et 26% en tant que médecin agréé. Seuls 9% sont entièrement d'accord avec l'affirmation que la qualité de la formation universitaire, postgraduée et continue est somme toute optimale. A ceux-ci viennent toutefois s'ajouter 56% qui sont plutôt d'accord avec cette affirmation. Par contre, seuls 25% sont d'accord avec l'affirmation que grâce à des processus plus efficaces, on peut aujourd'hui mieux se concentrer sur l'activité médicale.

Satisfaction au travail et relations dans le milieu médical

La grande satisfaction professionnelle peut être considérée comme un avantage de l'activité médicale. Dans les deux groupes, une large majorité de médecins sont satisfaits. Les médecins hospitaliers sont 84% à être très ou plutôt satisfaits, résultat légèrement inférieur à celui des médecins en pratique ambulatoire (92% très ou plutôt satisfaits). Les médecins hospitaliers éprouvent une grande satisfaction professionnelle notamment avec leur équipe (94% très ou plutôt satisfaits) et du point de vue de la culture de l'erreur (80%). En tout, 79% sont très ou plutôt fiers de travailler pour leur hôpital et 77% sont satisfaits de leur supérieur direct. Il existe un peu plus d'insatisfaction quant au flux d'information et à la collaboration constructive avec l'administration hospitalière.

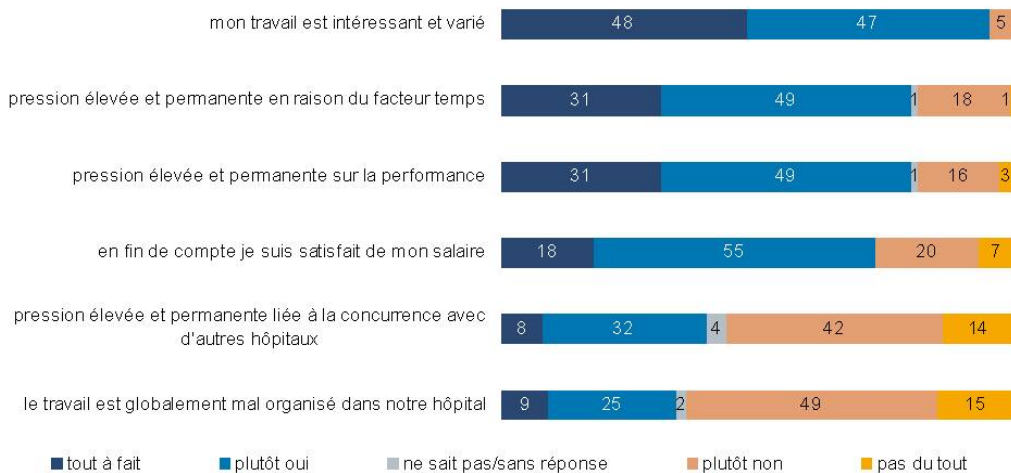
Le rapport temps de travail - loisirs est quant à lui source d'insatisfaction. Sur ce point, seule une petite majorité des médecins hospitaliers sont très ou plutôt satisfaits, 46% sont plutôt insatisfaits ou pas du tout satisfaits. Malgré cela, une nette majorité déclarent accomplir leurs tâches quotidiennes toujours ou la plupart du temps conformément aux exigences médicales de la profession (médecins en pratique ambulatoire: 82%).

Le travail considéré par la plupart comme intéressant et varié est régulièrement assorti d'une pression élevée en termes de temps et de prestations. Une nette majorité estime que la rémunération est correcte malgré les pressions. Des minorités importantes souffrent d'une forte pression liée à la concurrence ou d'une mauvaise organisation du travail.

Les médecins hospitaliers à propos de leurs conditions de travail

«Dans quelle mesure les déclarations suivantes sont-elles pertinentes pour votre activité?»

en % de médecins hospitaliers



© gfs.bern, étude concomitante - SwissDRG sur mandat de la FMH, juin – août 2011 (N = 1193)

Tant les médecins hospitaliers (92%) que les médecins en pratique ambulatoire (87%) estiment que les relations avec les patients sont le plus souvent très bonnes ou bonnes. Aucun des médecins interrogés ne les considère mauvaises ou très mauvaises. Les problèmes semblent plutôt se concentrer sur les relations entre le personnel médical et l'administration (18% des médecins hospitaliers estiment la collaboration plutôt mauvaise ou très mauvaise) ainsi que la coopération entre le service et les caisses-maladie (13% plutôt mauvaise ou très mauvaise). Quant à la collaboration avec les médecins en pratique ambulatoire, 76% des médecins hospitaliers la considèrent plutôt bonne ou très bonne (75% en sens inverse).

Liberté thérapeutique et qualité du traitement

Une nette majorité (87%) des médecins hospitaliers qualifient les standards de soins dans leur propre domaine de travail de plutôt bons ou très bons. Ils sont 70% à considérer leur marge de manœuvre personnelle dans le mode de traitement comme plutôt grande ou très grande. Si une influence est exercée sur le type de traitement, c'est surtout celle des patients eux-mêmes, qui est plutôt forte ou très forte (77%), ou celle du supérieur médical (73%). Dans une minorité de cas, une telle influence est le fait du personnel soignant ou des caisses-maladie (16%) ou encore de l'administration ou de la direction de l'hôpital (10%).

Influence progressive des facteurs économiques: aujourd'hui déjà, une réalité dans les hôpitaux

Aujourd'hui, tous les procédés diagnostiques nécessaires à une décision thérapeutique fondée sont manifestement réalisés dans la plupart des cas (plutôt vrai ou vrai pour 92%). En tout, 86% sont plus ou moins convaincus que les patients reçoivent les meilleurs traitements possibles. Et 83% sont plus ou moins d'accord avec l'affirmation que tous les patients sont admis, même s'ils vont vraisemblablement générer davantage de frais que les coûts indemnisés. Toutefois, aujourd'hui déjà, l'influence des facteurs économiques devient une réalité. En effet, pour 37%, l'optimisation des gains économiques entre également en ligne de compte lors de décisions thérapeutiques. Cela semble même être encore plus le cas lorsqu'on facture déjà à l'aide des forfaits par cas (41%). En outre, 26% sont d'accord d'affirmer que leur service tente de placer les malades chroniques et les patients polymorbides dans d'autres institutions, sans qu'il

n'existe toutefois de différences notables entre les différents systèmes de facturation.

Développement des effectifs médicaux

Selon les médecins, leur propre emploi n'est pas menacé, au contraire de la formation de la relève médicale

Les médecins qui ont peur de perdre leur place de travail sont très peu nombreux; chez les médecins hospitaliers, ils sont 7%. Dans ce contexte, les changements d'effectifs jouent également un rôle. Les effectifs médicaux ont été augmentés dans une plus ou moins grande mesure dans de nombreux services (40%). Nettement moins de services ont réduit plus ou moins fortement leur taille (14%). En revanche, peut-être justement en raison du besoin grandissant de médecins, 80% des médecins hospitaliers craignent qu'à l'avenir il sera plus difficile de former une relève suffisante. Une minorité non négligeable constate, aujourd'hui déjà, une pénurie de personnel pour assurer un traitement optimal dans le service (36%) ou l'hôpital (39%).

Par ailleurs, on ne peut guère établir de relation entre les changements d'effectifs et les DRG. Seuls 3% des médecins qui ont fait part d'un changement l'ont directement associé aux forfaits par cas et 14% estiment qu'un lien avec les forfaits par cas est possible. Les adaptations en raison de forfaits sont plutôt mises à jour dans les hôpitaux qui travaillent avec des forfaits par service ou des forfaits par processus que dans les hôpitaux facturant à l'aide d'APDRG ou de SwissDRG.

Temps consacré: tâches administratives vs. médicales

Parmi les médecins interrogés, beaucoup ont du mal à évaluer le temps consacré aux différentes activités, et la répartition des travaux et des heures de travail varie énormément selon la spécialité et la position. Nous avons tout d'abord additionné les indications détaillées en minutes des divers médecins interrogés et attribué au résultat le taux de 100%. Nous en avons tiré les valeurs moyennes que nous avons considérées comme le pourcentage d'une journée de travail. Cela a permis d'obtenir des indications relativement précises, qui pourront être comparées en cas de répétition de l'étude. Près de la moitié du temps de travail est consacrée aux visites et aux activités médicales. Les rapports représentent environ 10%, le travail de documentation 16%, l'organisation du suivi médical près de 4%.

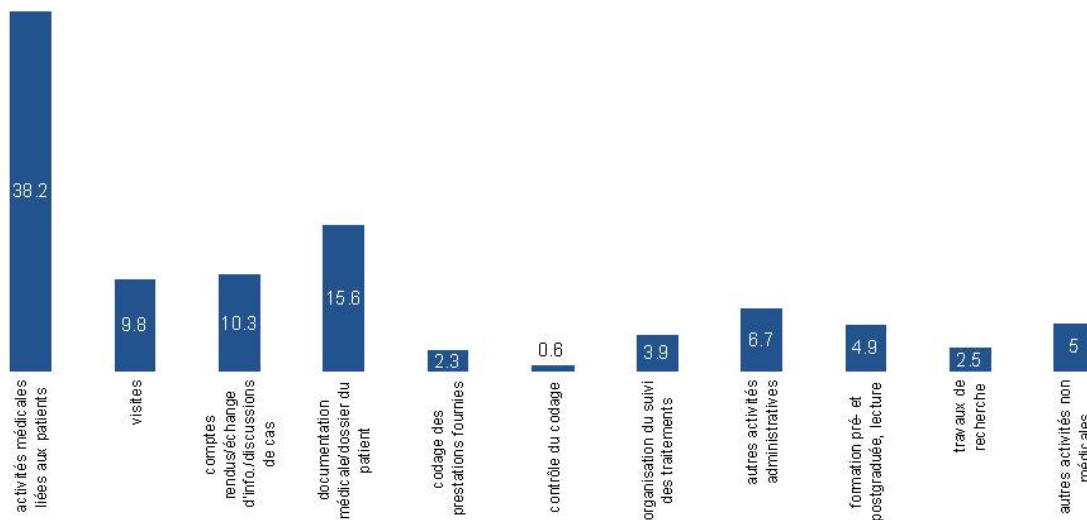
La formation complémentaire et continue ou l'étude de la littérature constituent près de 5%. Les plus gros travaux administratifs sont d'une «autre» nature ou «d'autres activités non médicales»; ils représentent ensemble plus de 10% du temps de travail. Quant aux travaux de codage proprement dits, on leur consacre pour l'instant moins de 3%. A ce sujet, il n'y a aucune différence notable entre les divers systèmes de facturation appliqués aujourd'hui. Pour que le codage des DRG constitue une vraie charge supplémentaire dans le travail, il faudrait que le temps qui lui est consacré augmente radicalement.

Médecins hospitaliers

Temps investi dans diverses activités, valeurs moyennes

« 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, pourcentage des minutes indiquées par les médecins interrogés



© gfs.bern, étude concomitante - SwissDRG sur mandat de la FMH, juin – août 2011 (N = 1193)

Quel que soit le système de facturation, les médecins ont l'impression que le codage prend plus de temps

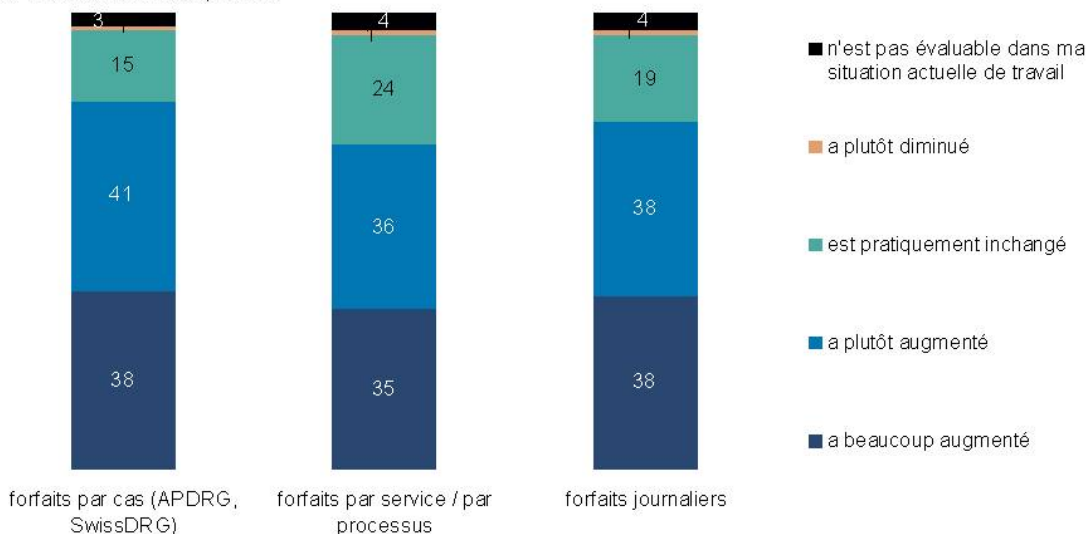
Comparé à l'ensemble des activités administratives, le temps de codage représente également une proportion minimale d'une part à cause de l'automatisation et d'autre part en raison de la délégation des travaux de codage. On a en effet recours à des logiciels pour ces codages (selon 49% des médecins hospitaliers interrogés) et, par ailleurs, on a engagé spécialement pour cela des codeurs sans formation médicale (chez 40%) ou avec une formation médicale (chez 34%). L'avis négatif très répandu que le temps utilisé pour le travail de documentation à des fins de facturation a augmenté est le même, indépendamment du système effectivement appliqué. Toutefois, la répartition des activités est déjà problématique chez les médecins-assistants. Les activités liées au patient représentent 30,8% et le travail de documentation ou sur le dossier médical, 24,7% du temps de travail. Si ce dernier taux augmente encore un peu, les médecins consacreront bientôt autant de temps à la documentation qu'aux patients.

Un peu plus de médecins hospitaliers travaillant avec les forfaits par cas tendent à considérer que le temps consacré au travail de documentation a plutôt ou fortement augmenté. Cependant, on ne constate pas de différences effectives importantes pour le travail de documentation médicale, ni pour les autres activités administratives.

Médecins hospitaliers par système de facturation Evaluation du surcroît de travail en matière de documentation

«Selon vous, au cours des dernières années, le temps requis pour documenter vos prestations en vue de la facturation...?»

en % de médecins hospitaliers



© gfs.bern, étude concomitante - SwissDRG sur mandat de la FMH, juin – août 2011 (N = 1193) (n = 317/140/313)

Forfaits par cas: effets concomitants et positions

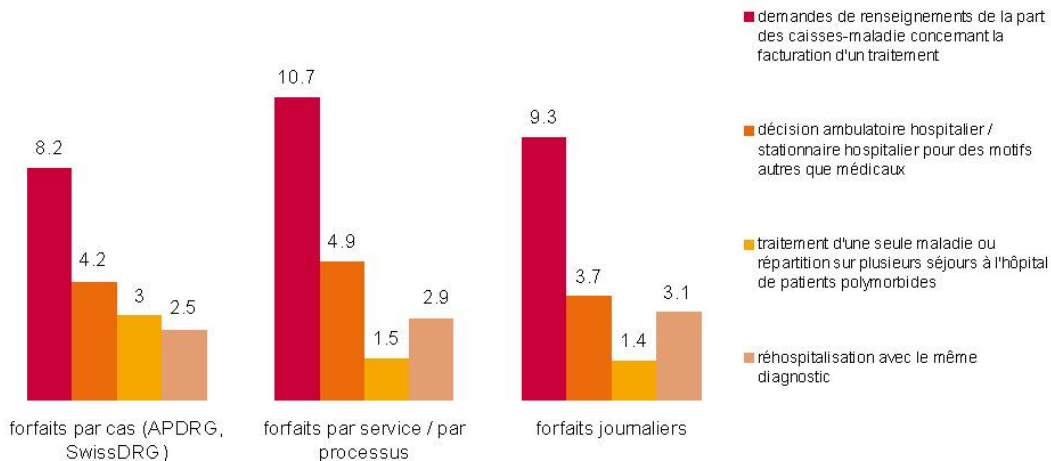
Il existe différentes hypothèses critiques à propos des épiphénomènes négatifs des forfaits par cas. En principe, au vu de la situation actuelle en Suisse, il n'y a plus lieu de s'inquiéter. Seules les demandes des caisses-maladie concernant la facturation doivent être traitées relativement souvent et c'est encore plus fréquemment le cas pour les forfaits par service et par processus que pour les forfaits par cas. Parfois, le choix d'un traitement ambulatoire ou stationnaire ne se décide pas sur la base de considérations médicales, mais là aussi, cela n'arrive pas plus souvent pour les forfaits par cas. Pour les patients polymorbides, les traitements à l'hôpital ne sont guère répartis sur plusieurs séjours, sans compter que le système de facturation n'a pas la moindre influence sur ce point. Les réhospitalisations (le cas échéant, à cause de renvois prématurés) sont dans l'ensemble plutôt rares; elles tendent même à être moins fréquentes lorsqu'on travaille avec des forfaits par cas. Quel que soit le système de facturation, il arrive rarement que l'on ne traite qu'une maladie ou que l'on fractionne le traitement sur plusieurs séjours à l'hôpital dans le cas de patients polymorbides. Toutefois, il est vrai que ce phénomène est plus fréquent avec les forfaits par cas.

Grafik 4:

Médecins hospitaliers par système de facturation Circonstances particulières

«Quelle a été la fréquence des circonstances suivantes dans votre domaine professionnel le mois dernier? Vous pouvez indiquer une estimation du nombre de fois que ces éléments sont survenus au cours des 30 derniers jours dans votre domaine professionnel.» «Ces 30 derniers jours....»

Valeurs moyennes



© gfs.bern, étude concomitante - SwissDRG sur mandat de la FMH, juin – août 2011 (N = 1193) (n = 317/140/313)

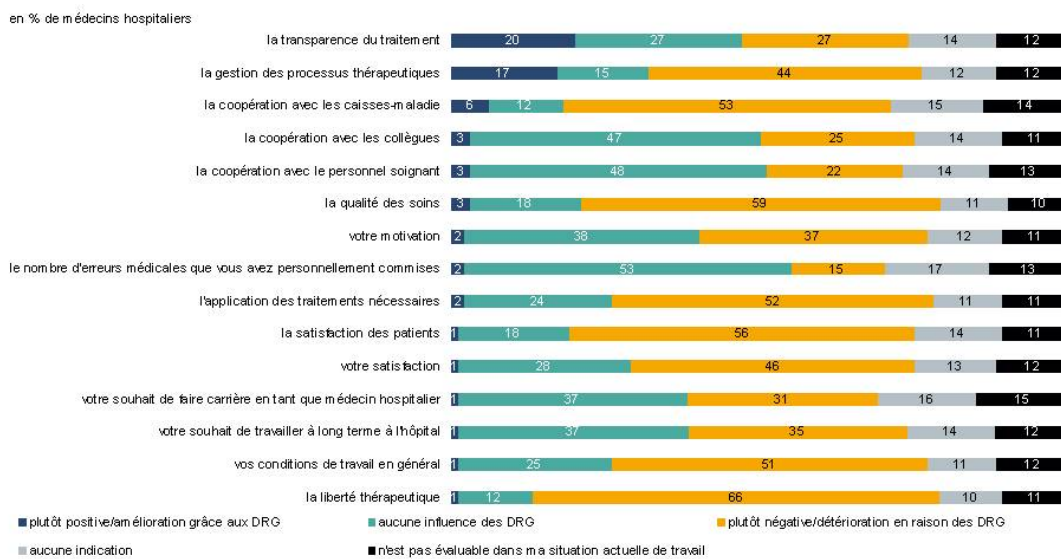
Les médecins suisses voient venir l'introduction de SwissDRG avec scepticisme

Compte tenu de la réalité qui ne parle guère en faveur des systèmes de forfaits par cas utilisés aujourd'hui, la position du corps médical envers les DRG est très critique. Aucun changement n'est positif aux yeux de la majorité. On veut bien considérer qu'il y a une certaine influence positive sur la transparence du traitement et la gestion de son déroulement, mais on nie pratiquement les autres effets positifs éventuels alors qu'on craint par exemple grandement une restriction de la liberté thérapeutique.

Grafik 5:

Médecins hospitaliers Influence des DRG

«Comment évaluez-vous l'influence des DRG sur...?»



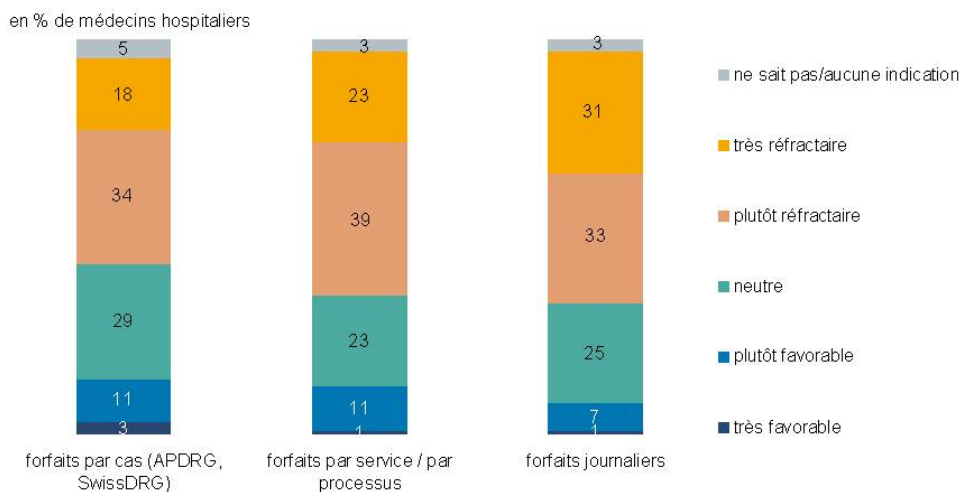
© gfs.bern, étude concomitante - SwissDRG sur mandat de la FMH, juin – août 2011 (N = 1193)

Les médecins hospitaliers sont en majorité opposés à l'introduction de SwissDRG. Si on ajoute ceux qui ont une attitude neutre, le soutien de la part des médecins qui, aujourd'hui déjà, travaillent avec des forfaits par cas s'en trouve quelque peu augmenté, mais même ainsi l'attitude de rejet est majoritaire.

Grafik 6:

Médecins hospitaliers par système de facturation Evaluation de l'introduction de SwissDRG

«Dans l'ensemble: comment vous positionnez-vous face à l'introduction de SwissDRG?»



© gfs.bern, étude concomitante - SwissDRG sur mandat de la FMH, juin – août 2011 (N = 1193) (n = 317/140/313)

Ces appréciations sont fondées sur des connaissances relativement restreintes du système. Seuls 21% des médecins hospitaliers disposent de connaissances plutôt bonnes ou très bonnes; 58% ont des connaissances de base et 20% aucune connaissance. En tout, 63% déclarent que leur propre hôpital dispose d'une stratégie DRG et la considèrent plutôt positive; 9% ne constatent aucune stratégie de ce genre de la part de l'hôpital. Dans ces cas, la gestion des DRG par l'hôpital est également plutôt critiquée.

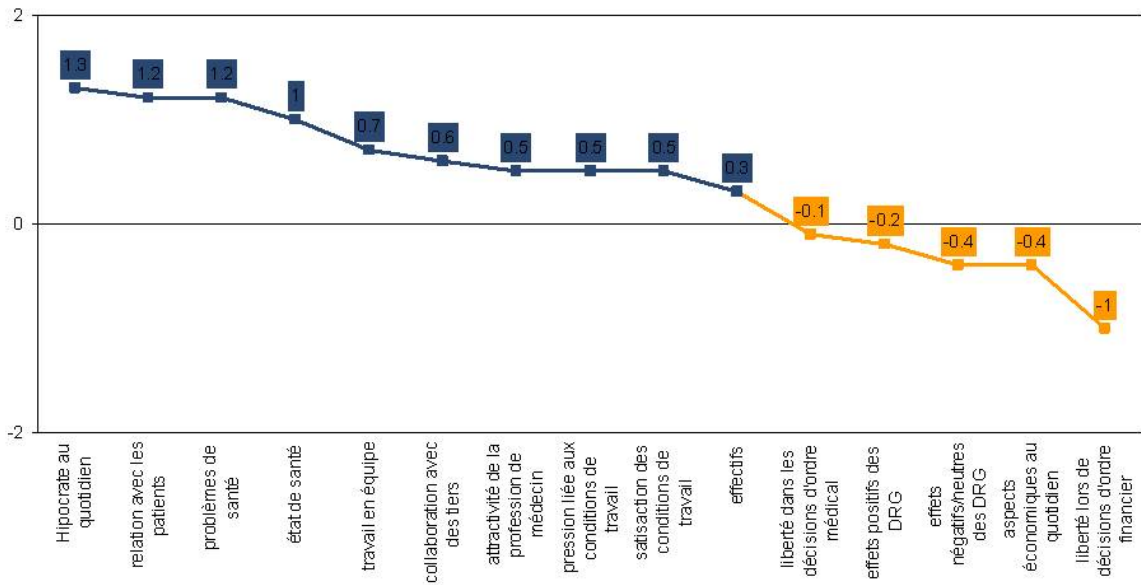
Résumé des résultats de l'étude

Pour un certain nombre de points à analyser, nous avons créé des indicateurs à partir de similitudes et de modèles dans les différents blocs de questions en utilisant des facteurs d'analyse. Ces indicateurs ont été normalisés de manière à avoir une fourchette entre +2 et -2 pour les réponses maximales positives et pour les réponses maximales négatives¹. On obtient ainsi un profil de l'état d'esprit des médecins hospitaliers. Le rapport final donnera des explications détaillées de ces indicateurs. L'indicateur «Hippocrate au quotidien» au sens de la qualité du traitement et de la liberté thérapeutique donne de très bon résultat, à l'instar de la relation médecin-patient. Les médecins hospitaliers se plaignent rarement de leur santé et leur état de santé général est bon. Le travail en équipe et la collaboration avec des tiers ainsi que la profession de médecin en général ne donnent que peu de raisons de se plaindre. La pression existe mais elle est supportable. Les conditions de travail demeurent satisfaisantes. Après indexation, les effectifs sont, eux aussi, évalués comme encore suffisants. La liberté de prendre des décisions médicales fait déjà l'objet d'une évaluation légèrement critique (indice tiré de l'influence sur les décisions thérapeutiques, «médecin supérieur» / «direction du service» / «personnel soignant» / «direction du service de soins»). Même des effets des DRG jugés en partie positifs sont aussi indexés négativement («transparence du traitement» / «gestion du déroulement du traitement»). Les résultats sont encore plus critiques pour les autres impacts passés sous revue, neutres ou négatifs, des DRG. On porte aussi un jugement très critique sur l'économie, de plus en plus présente au quotidien («optimisation du gain économique dans les diagnostics» / «transferts de malades chroniques ou de patients polymorbides»). La liberté dans les décisions financières est ce qui crée le plus de mécontentement (décisions thérapeutiques influencées par «l'administration/la direction» / «les caisses-maladie»).

¹ Excepté pour les indices concernant l'état de santé (-2 à 3) et l'influence de SwissDRG (-1 à 1), lesquels sont normalisés autrement, sur la base des questions concernées.

Regroupement de l'indice des médecins hospitaliers:

Indice des médecins hospitaliers, valeurs moyennes normées dans une fourchette de +2 à -2



© gfs.bern, étude concomitante - SwissDRG sur mandat de la FMH, juin – août 2011 (N = 1193)

Conclusion et thèses

Conclusion

L'examen de l'état d'esprit et des positions du corps médical hospitalier suisse au cours de l'année précédant l'introduction de SwissDRG montre une grande satisfaction professionnelle et une forte identification à la profession médicale malgré des contraintes importantes. Les aspects positifs de l'activité médicale et une certaine sécurité de l'emploi l'emportent sur des aspects négatifs tels que le stress ou les heures supplémentaires. Les seules ombres au tableau sont des facteurs contextuels qui influent sur le quotidien des médecins. Le sentiment de limitation de la liberté thérapeutique est un point particulièrement sensible, que tout le corps médical partage. Mais la position fondamentale à ce sujet reste claire; les facteurs médicaux priment dans la gestion des patients. Certes, les facteurs non médicaux, tels que la gestion économique des ressources, sont reconnus et pris en considération comme conditions-cadres mais, en cas de situation conflictuelle, ils ne doivent pas être placés au-dessus du choix du traitement ou du bien du patient.

En matière de traitement, l'introduction de SwissDRG est précisément perçue comme une atteinte à la souveraineté décisionnelle des médecins, ce qui suscite crainte et scepticisme de leur part. Ce n'est pas à l'administration d'un hôpital ni aux caisses-maladie de décider d'un traitement, mais bien aux médecins et aux patients. On note un manque flagrant de connaissances approfondies sur les systèmes de facturation en général et un niveau de connaissance insuffisant du système SwissDRG. Cette lacune, combinée à d'éventuels effets négatifs concomitants tels que les renvois prématurés de patients ou la bureaucratisation, attise le scepticisme du corps médical suisse et permet d'expliquer l'attitude, largement répandue, de rejet de l'introduction de SwissDRG. Même si ce scepticisme tend à diminuer lorsque les connaissances du système augmentent, la majorité des médecins bien informés conservent un certain doute. Alors que les éventuels effets positifs de SwissDRG ne sont pas reconnus, les effets négatifs sont clairement montrés du doigt bien qu'en pratique, ils ne se soient pas concrétisés avec les forfaits par cas utilisés aujourd'hui. Les craintes «virtuelles» sont donc plus importantes que les effets négatifs «réels» observés actuellement, et mettent sous pression la forte identification des médecins à leur profession. Associées à l'introduction de SwissDRG, l'ingérence dans le quotidien du médecin et la bureaucratisation croissante incitent le corps médical à réfléchir à voix haute à son éthique et à sa mission professionnelles. Dans sa perception, le corps médical risque de rejeter sur SwissDRG la faute des changements dans le domaine de la santé et donc d'en faire le symbole de ses doléances au quotidien.

Pour terminer, voici quelques réflexions de synthèse afin d'étayer sur la base de résultats empiriques concrets les thèses posées dans l'étude.

Plus de 80% des médecins suisses sont satisfaits de leur quotidien professionnel et 95% trouvent également que leur profession est passionnante. Les sollicitations sont élevées, ce qui se traduit notamment dans les heures de travail hebdomadaires majoritairement supérieures à 40 heures par semaine (cf. chapitre 3.1). La forte identification des médecins à leur profession et leur satisfaction professionnelle sont des aspects importants, car elles influent indirectement sur l'empathie et la relation avec les patients, facteur essentiel de la fourniture de prestations dans le domaine de la santé.

Thèse 1

Le corps médical exerce une profession passionnante dans laquelle il s'identifie fortement. Cela permet aux médecins de se soumettre à des contraintes professionnelles nettement supérieures à celles rencontrées normalement en Suisse. Peu nombreux sont ceux qui craignent pour leur emploi dans la mesure où les effectifs en personnel médical augmentent dans beaucoup d'hôpitaux.

Au sein du corps médical, les connaissances relatives aux forfaits par cas sont encore réduites, et seule une minorité de spécialistes dispose de connaissances approfondies. Certes, ce savoir augmente avec l'âge et dépend de la position professionnelle; mais ce n'est pas aux niveaux hiérarchiques les plus élevés que ces connaissances sont les plus fondées (chapitre 3.2). Ces lacunes incitent à la spéculation et suscitent des rumeurs, ce qui s'exprime par l'attitude de rejet de la majorité du corps médical par rapport à l'introduction de SwissDRG. Le fait profondément contradictoire de ne pas laisser de côté les aspects économiques dans le traitement des patients n'est pas très apprécié par le corps médical, qui s'inquiète plutôt de la qualité élevée des soins, ou plus spécifiquement, de la liberté thérapeutique et du bien des patients (chapitre 3.2). Il serait important de familiariser le corps médical avec les avantages de SwissDRG et de lui montrer que les exigences humaines resteront au centre de l'exercice de la profession, tout en attirant son attention sur le fait que les considérations économiques ne doivent pas être entièrement exclues.

Thèse 2

Les forfaits par cas ne font pas l'unanimité notamment en raison du niveau actuel de connaissances à ce sujet. Les impacts positifs ne sont quasiment pas reconnus alors que les effets négatifs sont largement diffusés et sollicitent des craintes. Pour beaucoup de médecins, les DRG caractérisent un rationnement accru et des contraintes supplémentaires dans le système de santé suisse: on redoute que l'accent soit mis sur l'économicité au détriment de l'efficacité et de l'adéquation. Les forfaits par cas qui ont été introduits jusqu'à présent sembleraient avoir plutôt accéléré ce processus.

Le chapitre 3.1 décrit le temps de travail investi par les médecins pour accomplir différentes activités au quotidien. L'analyse des données en fonction du système de facturation montre que les différences sont actuellement très minimes entre ces systèmes. Les médecins hospitaliers qui facturent déjà à l'aide de forfaits par cas sont ceux qui requièrent le moins de temps pour les travaux de codage; ils consacrent le plus clair de leur temps aux activités médicales et aux patients. Ces différences tendent plutôt à démentir les craintes observées, et le chapitre 3.2 indique que des effets négatifs tels que les renvois prématurés de patients ou «l'effet tourniquet» ne semblent pas être plus fréquents avec la facturation à l'aide des forfaits par cas, du moins pour le moment. Seul le fractionnement du traitement des patients polymorbides semble se produire avec une fréquence légèrement supérieure lorsque les institutions facturent avec les DRG (par rapport aux forfaits par processus ou aux forfaits journaliers).

Thèse 3

Les forfaits par cas déjà mis en application ont des effets peu mesurables sur le quotidien professionnel d'un hôpital ou sur des facteurs indirectement en relation avec les forfaits par cas. Malgré cela, les expériences personnelles n'ont qu'un faible impact pour réduire les réticences envers les DRG. Le processus de passage à SwissDRG devra donner activement le change aux réserves subjectives, sans quoi la transition risque d'être longue et laborieuse.

Les indications des médecins relatives au temps de travail investi dans les différentes tâches quotidiennes montrent que les activités médicales et celles liées aux patients représentent les postes les plus importants, mais que la somme

des diverses activités administratives demande à peu près autant de temps (chapitre 3.1). Comparé à ces deux variables, le temps passé pour le codage est insignifiant et ce n'est donc pas à lui qu'il faut attribuer l'impression de bureaucratisation de la profession ressentie par les médecins. Mais certaines tensions sont très perceptibles notamment lorsqu'on examine la collaboration avec les caisses-maladie ou avec l'administration de l'hôpital (chapitre 3.3.2). En revanche, la collaboration avec d'autres médecins ou d'autres institutions médicales semble correcte.

Thèse 4

On observe une augmentation subjective du temps investi dans la documentation des cas traités et dans les travaux administratifs sans que le codage ne puisse en être tenu responsable. Ce sont plutôt les demandes de renseignement des caisses-maladie et les processus hospitaliers, ressentis comme superflus, qui sont en cause. Tant que SwissDRG ne donnera pas lieu à une augmentation massive des travaux de codage et de documentation médicale, on peut s'attendre à très peu d'effets négatifs directs des DRG sur les facteurs généraux de la satisfaction au travail.

Sujet important du débat public et politique dans le domaine de la santé, les considérations économiques influent déjà aujourd'hui sur le quotidien du médecin. La «rentabilisation», au sens d'une gestion de l'activité avec des moyens limités, est une réalité acceptée par le corps médical. En revanche, toute influence exercée sur les processus thérapeutiques ou les choix de traitement dans un contexte autre que médical est malvenue. En corrélation avec les DRG, les médecins redoutent notamment des conséquences sur le traitement de maladies ou de patients particuliers. Les chiffres donnent à penser que le traitement des patients polymorbides, par exemple, pourrait effectivement être influencé par le système de facturation. Les hôpitaux qui facturent déjà à l'aide des forfaits par cas déclarent deux fois plus souvent ne pas traiter intégralement les patients polymorbides, mais de répartir le traitement sur plusieurs hospitalisations (chapitre 3.2).

Thèse 5

Partie intégrante du quotidien des médecins hospitaliers, l'économicité est un facteur de pression pour les médecins qui redoutent de voir des impératifs non-médicaux influencer sur le traitement de leurs patients. Par exemple, le traitement des patients polymorbides pourrait être réparti sur plusieurs visites hospitalières à l'avenir. Le temps supplémentaire consacré à la documentation devrait principalement toucher les médecins-assistants.

Du côté des médecins, les connaissances en matière de DRG sont encore insuffisantes. Ces lacunes pourraient être comblées par une communication proactive, susceptible de rehausser l'acceptation des médecins pour SwissDRG et de les sensibiliser à ce nouveau système. Pour eux, l'introduction de SwissDRG est apparentée à une perte de leur liberté thérapeutique et à une dégradation générale de leurs conditions de travail (chapitre 3.2). Bien qu'une majorité relative des médecins déclarent que l'introduction de SwissDRG n'aura pas d'influence sur leur motivation, il faut suivre de près l'évolution de leur identification professionnelle; ce d'autant plus que les médecins doivent déjà faire face à une perte de statut de leur profession, soumise à des pressions supplémentaires du fait de l'introduction des DRG. Selon les médecins, les DRG sont assimilables à une mise sous tutelle des procédures thérapeutiques, ce qui va à l'encontre de leur conception de la médecine. Il serait important de placer les prestations médicales au centre de la discussion et de saisir cette occasion pour faire fructifier le sursaut de responsabilité des médecins engendré par la pression économique. Les prestations médicales seront toujours du ressort des médecins, ce seront eux qui les fourniront à l'avenir aussi et non la direction d'une institution; les médecins doivent donc défendre et faire valoir en toute connaissance de cause leur propre position.

Thèse 6

Ressentie négativement, la bureaucratisation fait partie du quotidien des médecins hospitaliers. Par ailleurs, les DRG renforcent l'impression que les traitements sont de plus en plus dictés par des facteurs non médicaux. Aujourd'hui déjà, quel que soit le système de facturation utilisé, les considérations coût-utilité sont prises en compte lors de décisions quotidiennes dans les hôpitaux et, à chaque fois, le traitement médical est effectué de manière à optimiser le rendement. Toute liberté thérapeutique illimitée mais aussi la déontologie sont ainsi remises en question, ce qui compromet la forte identification des médecins hospitaliers à leur profession et du même coup leur engagement professionnel supérieur à la moyenne.

Annexe

L'équipe de gfs.bern



LUKAS GOLDER

Chef de projet senior, membre de la direction, politologue et spécialiste des médias

Points forts:

Communications intégrées et analyses de campagnes, analyses d'impact médiatique, votations, élections. Modernisation de l'Etat. 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 cour 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.



MARTINA IMFELD

Politologue, cheffe de projet

Points forts: Analyse de questions politiques, votations et élections fédérales, baromètre électoral, analyses VOX, gestion de la communication, analyse de contenus médiatiques, études ad hoc, méthodes qualitatives



SILVIA-MARIA RATELBAND-PALLY

Administration

Points forts:

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

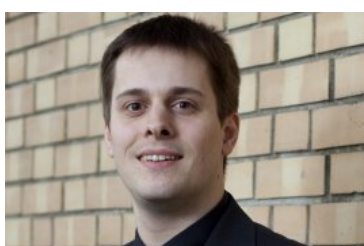


STEPHAN TSCHÖPE

Politologue, collaborateur scientifique

Points forts:

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



JONAS PHILIPPE KOCHER

Politologue, collaborateur scientifique

Points forts:

Analyse de données statistiques, programmation informatique et enquêtes, projections, analyse des médias, visualisation

gfs.bern
Hirschengraben 5
Postfach 6323
CH – 3001 Bern
Telefon +41 31 311 08 06
Telefax + 41 31 311 08 19
info@gfsbern.ch
www.gfsbern.ch