

Médecine et économie – quel avenir?

Feuille de route de
l'Académie Suisse des Sciences Médicales

Indications concernant l'élaboration de cette feuille de route

Un groupe d'accompagnement s'est réuni à deux reprises pour réfléchir à cette thématique. Après l'étude de la littérature et des discussions au sein de la Commission Centrale d'Ethique de l'ASSM, la Prof. Nikola Biller-Andorno a rédigé un projet de texte. Celui-ci a été discuté au sein du groupe d'accompagnement et de la Commission Centrale d'Ethique. Basée sur ces remarques, une version finale a été rédigée puis soumise au comité de direction de l'ASSM lors de sa séance du 1^{er} septembre 2014 et finalement approuvée.

Le groupe d'accompagnement était composé des personnes suivantes:

Prof. Dr méd. Christian Kind,
Président Commission Centrale d'Ethique
de l'ASSM, St-Gall (Président)

Dr oec. HSG Arnold Bachmann, Coire

PD Dr méd Peter Berchtold, Berne

Prof. Dr méd. et Dr phil. Nikola Biller-Andorno,
Zurich

Prof. Dr oec. Luca Crivelli, Lugano

Dr méd. Monique Gauthey, Genève

Dr méd. Daniel Grob, Zurich

Prof. Dr méd. Samia Hurst, Genève

Jacqueline Martin, PhD, RN, Bâle

lic. iur. Michelle Salathé, MAE, ASSM, Bâle

Prof. Dr méd. Daniel Scheidegger, Bâle

PD Dr théol. Markus Zimmermann, Fribourg

Médecine et économie – quel avenir?

Feuille de route de
l'Académie Suisse des Sciences Médicales

Editeur

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)
Petersplatz 13, CH-4051 Bâle
T + 41 61 269 90 30, mail@samw.ch, www.samw.ch

Conception

Howald Fosco, Bâle

Photo de couverture

© Gina Sanders – Fotolia.com

Impression

Kreis Druck, Bâle

Première édition, 2014 (500 F, 1500 A)

La brochure (en allemand et en français) peut être
commandée gratuitement à l'ASSM.



Copyright: ©2014 ASSM. Ceci est une publication Open Access, distribuée sous les termes de la licence Creative Commons Attribution (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Le contenu de cette publication peut donc être utilisé, distribué et reproduit sous toute forme sans restriction, à condition que l'auteur et la source soient cités de manière adéquate.

Recommandation pour citer le texte:

Académie Suisse des Sciences Médicales (2014) Médecine et économie – quel avenir?
Communications 9 (4).

ISSN (print): 2297 – 1815

ISSN (online): 2297 – 1823

Résumé	5
1. Contexte	7
1.2. Objectifs du système de santé	8
1.3. Perspective médicale vs perspective économique	12
1.4. Economicisation de la médecine?	13
2. Médecine et économie: problèmes pour le quotidien	19
2.1. Gain d'efficacité au détriment de la qualité	19
2.2. Conflits d'intérêts	21
2.3. Perte de valeur du modèle de soins basé sur la relation entre médecin ou soignant et patient	22
2.4. Perte de la motivation intrinsèque	24
2.5. Déprofessionnalisation	25
2.6. Distorsion des priorités médicales	26
2.7. Perte de confiance des patients	27
3. Approches possibles pour l'intégration des objectifs médicaux et économiques	29
4. Recommandations	34
Implication active des patients	35
Développement d'une culture qui encourage la transparence et la critique	35
Amélioration des conditions de rémunération et des incitatifs	36
Optimisation des procédures de certification existantes	37
Evaluation ciblée et collecte des données	38
5. Annexes	39
Bibliographie	39
Glossaire	42

Résumé

L'objectif prioritaire du système de santé est de garantir à l'ensemble de la population une prise en charge médicale de haute qualité et malgré tout supportable financièrement; les médecins¹, soignants, autres professionnels de la santé, directeurs de la santé, assureurs et politiciens de la santé doivent unir leurs forces pour être en mesure d'atteindre cet objectif.

Dans l'idéal, la qualité des soins et l'équité de l'accès aux soins devraient pouvoir être constamment améliorés et les coûts réduits sans que l'une de ces dimensions ne desserve l'autre. Toutefois, la réalité révèle bien des zones de conflits et des problèmes: perte de qualité suite à des gains d'efficacité mal gérés; conflits d'intérêts entre les différents professionnels de la santé; perte de valeur du modèle de soins basé sur la relation entre le médecin respectivement le soignant et le patient; perte de la motivation intrinsèque des «fournisseurs de prestations»; dé-professionnalisation; distorsion des priorités médicales; perte de confiance des patients et prévalence de la bureaucratie.

Les erreurs de pilotage dans les processus d'économicisation et/ou de commercialisation de la médecine ont pour conséquence une diminution de l'engagement, voire une perte de motivation du personnel médical, susceptible de mettre en péril la qualité et l'équité des prises en charge par des excès, des insuffisances et des erreurs dans l'approvisionnement. Le système de santé ne serait alors plus à même d'atteindre son objectif prioritaire, à savoir de garantir une prise en charge médicale de haute qualité, pouvant être financée et concrétisée durablement.

Dès lors, il est d'autant plus important de veiller à ce que les valeurs essentielles de la médecine² ne soient pas mises en péril. Parmi ces valeurs, on compte la relation de soins bienveillante, basée sur le respect et la confiance entre les professionnels de la santé et les patients; une couverture des soins orientée selon les besoins de la population; des charges financières supportables à long terme et justement corrélées aux bénéfiques; un effort d'efficacité qui ne dessert pas la qualité des prises en charge; un environnement professionnel valorisant pour les médecins et les autres professionnels de la santé.

1 D'une manière générale, les textes qui suivent concernent toujours les personnes des deux sexes des groupes cités.

2 Le terme de «médecine» est utilisé ci-après de manière globale et se rapporte à l'activité des médecins, des soignants et des thérapeutes.

La présente feuille de route, élaborée par un groupe de travail interdisciplinaire et interprofessionnel³, décrit de quelle manière l'économicisation de la médecine peut se répercuter sur la pratique clinique (en Suisse). Différentes possibilités sont décrites pour permettre aux médecins et aux autres professionnels de la santé en Suisse de s'engager de manière constructive et efficace, afin de pérenniser les prises en charge de haute qualité et centrées sur les patients.

La feuille de route s'adresse en priorité aux médecins, aux soignants et autres professionnels de la santé ainsi qu'aux directeurs d'hôpitaux et d'autres institutions de soins. Le document s'adresse ensuite aux autres acteurs du système de santé (également politique, administration, assurances, organisations de patients et instituts de recherche).

3 Cf. la composition du groupe de travail en annexe.

1. Contexte

1.1. Situation initiale

Le rapport entre médecine et économie est une question aussi actuelle que brûlante: les hôpitaux créent des centres de soins; ils misent sur ladite «gestion des transferts»; les patients aisés qui assument eux-mêmes les frais médicaux sont activement recrutés à l'étranger et bénéficient de traitements privilégiés, etc. D'un côté, l'offre est excessive avec des traitements dont l'efficacité est discutable, et de l'autre, la couverture des soins dans certains domaines est insuffisante.⁴ Des médicaments ayant fait leurs preuves ne sont plus utilisés dans les prises en charge hospitalières, car ils sont «trop chers» ou ne sont plus produits en raison de leur «marge insuffisante» ou de leur marché trop restreint.

Ces dernières années, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a suivi cette évolution d'un œil critique et s'est engagée très activement dans ce débat. De 2009 à 2013, la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM avait organisé avec la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE-NEK) une série de symposiums consacrés à divers aspects de l'économicisation: l'introduction des forfaits par cas (DRG) (2009), la prise en charge médicale entre les besoins des patients et l'orientation au marché (2010), la médicalisation du quotidien (2011), l'évaluation des coûts et de l'utilité en médecine (2012) et la gestion du système de santé (2013).

Un groupe de travail de l'ASSM avait déjà rédigé au préalable une feuille de route sur le thème du «Rationnement» dans le cadre du projet «La médecine en Suisse demain».⁵ Par ailleurs, plusieurs études ont été initiées et une feuille de route a été publiée dans le cadre du projet «Système de santé durable» des Académies suisses des sciences.⁶

4 Cf. Bisig B, Gutzwiller F (Hrsg.) (2004) Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- und Überversorgung? Band I: Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus. Zürich. Cf. également Widmer M, Matter P, Staub L, Schoeni-Affolter F, Busato A (2009) Regional variation in orthopedic surgery in Switzerland. *Health Place*: 18, 15 (3): 761-768.

5 Cf. ASSM (2007) Le rationnement au sein du système de santé suisse. Analyses et recommandations; www.samw.ch/fr/Projets/archiv-s/La-medecine-en-Suisse-demain.html

6 Cf. www.samw.ch/fr/Projets/Medecine-durable.html ainsi que www.akademien-schweiz.ch/fr/index/Schwerpunktthemen/Gesundheitssystem-im-Wandel/Nachhaltiges-Gesundheitssystem.html

D'autres initiatives s'efforcent, elles aussi, d'optimiser le rapport entre le bénéfice du patient et les moyens investis: la stratégie du Conseil fédéral «Santé 2020»⁷ ainsi que le rapport «Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours» du groupe de travail de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé et de l'Office fédéral de la santé publique⁸, la prise de position de la Fédération des médecins suisses (FMH) sur les bonus dans les contrats des médecins hospitaliers⁹, le projet Smarter Medicine de la Société suisse de médecine interne¹⁰ de même que les efforts en faveur d'une compensation des risques dans l'assurance maladie qui permet de lutter contre la sélection des risques.¹¹

1.2. Objectifs du système de santé

Les objectifs du système de santé suisse sont clairement définis. L'accès à des soins de qualité doit être garanti à l'ensemble de la population par l'assurance obligatoire des soins (couverture des soins). Ce faisant, les personnes de condition économique modeste doivent être soutenues financièrement et la solidarité entre personnes en bonne santé et malades, personnes âgées et jeunes, femmes et hommes doit être assurée (solidarité), tout en endiguant l'évolution des coûts de santé respectivement de l'assurance maladie (maîtrise des coûts). La médecine, faisant partie du système de santé, a la mission de prévenir les maladies au niveau individuel et sociétal, de guérir les malades et d'apaiser les souffrances.¹²

Pour atteindre ces objectifs, l'accès universel à l'assurance maladie et donc à des prestations de santé financées solidairement («universal coverage») est une condition fondamentale. Depuis l'introduction de l'assurance maladie obligatoire dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) en 1996, cette condition est remplie – ceci ne signifie néanmoins pas que le potentiel d'amélior-

7 Cf. www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=fr

8 Cf. www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle_f.pdf

9 Cf. Meyer B (2013) Bonus – la position de la FMH. Bulletin des médecins suisses 94: 1935-37.

10 Cf. www.sгим.ch/fr/qualite/smarter-medicine/;
www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/fr/;
www.sгим.ch/fileadmin/Dokumente/Medienmitteilungen/Choosing_wisely/SGIM_MM_Choosing_wisely_20131014.pdf

11 Cf. la documentation de l'Office fédéral de la santé publique,
www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/12845/index.html?lang=fr

12 Cf. le rapport d'un groupe d'experts de l'ASSM, de la FMH et des cinq facultés de médecine «Buts et missions de la médecine au début du 21^e siècle»,
www.samw.ch/fr/Publications/Feuilles-de-route.html, en particulier les pages 15 et 20.

ration de la prise en charge médicale de la population est épuisé.¹³ Par ailleurs, une prise en charge de haute qualité exige des compétences cliniques correspondantes. Et, incontestablement, la Suisse dispose de ces atouts. Comparé à l'étranger, elle affiche de bons résultats en ce qui concerne l'accès aux soins et la qualité.¹⁴

L'«économie de la santé» représente un pilier important de l'économie suisse. Elle occupe environ 540 000 personnes; avec l'industrie des «life-sciences», elle est l'un des principaux secteurs en Suisse. Les experts considèrent que l'importance de ce secteur ne cessera d'augmenter, pour les trois raisons suivantes:

- «Premièrement, l'importance accordée à la santé augmente avec le niveau de vie. Une fois les besoins primaires satisfaits, on est enclin à investir davantage dans la santé.
- Deuxièmement, les thérapies à disposition sont de plus en plus nombreuses et efficaces.
- Et troisièmement, l'évolution démographique contribue à accentuer la demande en prestations de santé en Suisse.»¹⁵

Ainsi, les décisions en politique de la santé (création d'une caisse unique, limitation de l'admission, fermeture d'hôpitaux, etc.) touchent également des intérêts économiques (emplois, etc.). On assiste à une prise de conscience croissante du coût des soins de haute qualité et du souci de durabilité. Certes, ces dernières années, les coûts ont augmenté dans une moindre mesure que dans d'autres pays, mais la Suisse a toujours l'un des systèmes de santé les plus chers au monde – en termes de dépenses par habitant.¹⁶ Il faut souligner que les franchises élevées et la charge accrue des ménages en raison des primes d'assurance élevées vont à l'encontre du principe de solidarité.

13 En théorie, l'assurance maladie est obligatoire pour tous les habitants de Suisse; néanmoins une – petite – partie de la population n'est pas assurée. Il arrive également que des médecins conseils des assureurs refusent de rembourser des frais. On constate, par ailleurs, en Suisse, dans certains secteurs (par exemple en psychiatrie ou en médecine de réhabilitation), une tendance à une insuffisance de soins, alors que les assurés ayant souscrit une assurance complémentaire privée bénéficient plutôt de soins excessifs.

14 Cf. Kocher G (2012) Gesundheitsversorgung – die Schweiz im internationalen Vergleich. Bulletin des médecins suisses 93: 968–71.

15 Cf. Marti F (2013) Le secteur de la santé est un pilier important de notre économie; La Vie économique. Revue de politique économique 5.

16 La conjoncture favorable de l'économie suisse par rapport à l'ensemble de l'Europe est un élément significatif de cette évolution; elle ne sous-entend toutefois pas que les coûts sont maîtrisés dans le système de santé.

La loi définit clairement sur quelles bases les coûts peuvent être pris en compte: la LAMal a fixé – outre l'efficacité et l'adéquation – l'économicité (EAE) comme condition au remboursement des frais dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins. Une prestation n'est couverte par l'assurance obligatoire des soins que si elle remplit simultanément les trois critères, c'est-à-dire si le rapport coût-utilité est adapté,¹⁷ qu'il s'agisse de l'admission d'une prestation (intégration dans le catalogue des prestations) ou du déroulement d'un traitement dans le cadre individuel (remboursement des frais de traitement). L'économicité consiste donc également à évaluer la nécessité même d'un traitement sur le plan médical.¹⁸

Le Tribunal fédéral a examiné la question des frais médicaux admissibles en relation avec le bénéfice thérapeutique: «Plus le bénéfice thérapeutique est élevé, plus son coût élevé est justifié.» Lorsqu'il existe plusieurs alternatives thérapeutiques adéquates et efficaces, la prestation la moins onéreuse doit être choisie; cependant, seuls les coûts pour l'assurance obligatoire des soins entrent dans la comparaison des coûts; les considérations relatives à l'économie nationale ou à l'économie d'entreprise ne sont pas prises en compte. Le Tribunal fédéral s'est écarté de ce principe dans l'«Arrêt Myozyme» en déclinant le remboursement des frais médicaux pour le traitement d'une patiente atteinte de Morbus Pompe pour la raison suivante: *«Les moyens financiers à disposition d'une société pour mener à bien les tâches souhaitées ne sont pas illimités. Les consacrer à un domaine déterminé signifie en priver un autre. Aucun objectif ne peut donc être visé sans tenir compte des coûts; le rapport coûts-utilité ou le rapport coûts-efficacité doit être évalué. Il en va de même pour la prise en charge médicale et l'assurance obligatoire des soins, tant en relation avec d'autres mesures médicales qu'avec d'autres missions sociétales.»*¹⁹ Cet arrêt a déclenché d'intenses discussions.²⁰

17 Cf. art. 32 al. 1 LAMal.

18 Cf. Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, BBl 19, page 102.

19 ATF 136 V 395 du 23 novembre 2010 Consid. 7.5.

20 Poledna T, Tschopp M (2011) Der Myozyme-Entscheid des Bundesgerichts. Jusletter 7, Februar.

Les autres pays se débattent, eux aussi, avec l'intégration de la qualité, de la loyauté et des coûts. Aux Etats-Unis, par exemple, où la diminution des coûts de santé est une préoccupation politique plus urgente qu'en Suisse, le «triple aim» – avec ses dimensions «reducing the per capita cost of health care», «improving the health of populations» et «improving the patient experience of care» – représente une base importante du Patient Protection and Affordable Care Act.²¹ Bien que les approches divergent d'un pays à l'autre, tous sont confrontés au même défi: utiliser au mieux les ressources limitées pour la prise en charge médicale de la population.

L'arrêt Myozyme du Tribunal fédéral, de 2010, mentionné ci-dessus, a contribué à attiser la controverse au sein de la société sur la question du «rationnement» (limitations des prestations dans le domaine des traitements potentiellement utiles) dans le système de santé. Les mesures médicales ne doivent-elles pas être uniquement évaluées en fonction de leur effet, mais également sur des facteurs non médicaux, notamment le rapport entre le bénéfice pour les patients et le coût des prestations ainsi que de l'accessibilité pour tous les patients dans une situation comparable? Tandis que certaines voix considèrent toute forme de rationnement comme «inutile», comme «tabou moral» ou comme une présomptueuse «définition de la valeur de la vie», il apparaît de plus en plus clairement que, du point de vue de l'éthique, une utilisation soignée et justifiée des ressources publiques limitées est incontournable et souhaitable.²² Dès lors, il faut également se demander qui doit décider à quel moment l'utilisation de ressources est justifiée – les tribunaux? Le législateur? De quelle marge de manœuvre les assureurs devraient-ils disposer? Et qu'entend-on par un rôle approprié des médecins?²³

21 Cf. www.ihf.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx

22 Cf. groupe de travail «Rationnement» (2007) pour le compte du groupe de pilotage du projet «La médecine en Suisse demain».

23 Cf. à ce sujet divers articles du Bioethica Forum 4(3), 2011, consacré à l'«Allocation des ressources dans la santé».

1.3. Perspective médicale vs perspective économique

Lorsque les preuves de performance d'un système de santé ne sont pas uniquement évaluées par rapport à la qualité des prestations fournies et à leur contribution aux besoins de santé de la population, mais également à l'étendue des moyens investis, *cela signifie qu'en plus de la perspective médicale de la meilleure couverture de soins possible des patients individuels et de la population, une perspective économique est aussi justifiée*. L'économie s'entend comme «la science de l'utilisation de ressources limitées pour la production de biens économiques de valeur et la distribution de ces biens dans la société»²⁴. Ce faisant, il s'agit de distinguer entre une perspective d'économie politique et une perspective d'économie d'entreprise. Les efforts conjugués des deux niveaux – interventions politico-économiques et gestion efficace des structures de santé – augmentent les chances d'atteindre les objectifs d'économie de la santé. Dans la conception néolibérale des relations au marché, les conflits entre les intérêts (fonctionnels) des prestataires (c'est-à-dire la maximisation des gains) et ceux du côté de la demande (maximisation des bénéfices pour les consommateurs) sont inhérents au système. En règle générale, une concurrence efficace réunit les conditions permettant à la main «invisible» du marché de guider le conflit d'objectifs dans la voie du bien social. Dans le secteur de la santé, on constate des défaillances du marché qui empêchent le plus souvent la résolution des conflits d'objectifs. C'est pourquoi la manière dont les interventions économiques se répercutent – tant au niveau macro de l'économie politique qu'au niveau méso de l'économie d'entreprise – sur la relation médecin-patient (niveau micro) est particulièrement intéressante à observer.

Ces différentes évolutions et réflexions ont accordé, ces dernières années, une importance accrue à la question de l'équilibre entre la médecine et l'économie. Le fait que les considérations économiques interviennent de plus en plus dans le quotidien en clinique a fait l'objet de critiques.²⁵ Les temps passés où les questions d'argent étaient tabous et les médecins détachés des considérations économiques sont quelquefois évoqués, mais certains plaident aujourd'hui pour le rétablissement de la souveraineté décisionnelle des professionnels de la santé par rapport au management, à l'administration et à l'économie.²⁶ Il ne faut pourtant pas oublier que ces deux aspects de la médecine – prestation rémunérée et

24 Samuelson PA, Nordhaus WD (2007) Volkswirtschaftslehre. mi-Fachverlag. Page 20.

25 Cf. Harzband P, Groopmann J (2011) The new language of medicine. N Engl J Med 365(15): 1372–3.

26 Cf. Maio G (2013) Wider die Ökonomisierung der Medizin. Forschung & Lehre 4: 261.

assistance aux personnes en détresse vitale – se sont toujours côtoyés. Toutefois, en renforçant l'esprit d'entreprise et l'orientation au marché et à la compétition, les aspects relationnels risquent de se perdre.

Au lieu de se plaindre de l'«économisation de la médecine» ou de la subir passivement, la situation actuelle peut être l'occasion de réfléchir aux buts du système de santé et d'orienter les structures et les procédures en fonction des résultats désirés. Pour ce faire, différentes perspectives doivent être réunies pour atteindre l'objectif commun et prioritaire d'une prise en charge durable et de haute qualité pour l'ensemble de la population: la médecine clinique avec un focus sur la prise en charge individuelle des patients, la recherche sur les services de santé et la santé publique qui aide en retour à définir les priorités du système de santé, et une économie et un management qui contribuent à atteindre les objectifs fixés avec efficacité tout en ménageant les ressources à disposition. L'éthique joue, elle aussi, un rôle central, en contribuant à définir un cadre normatif, à identifier les conflits d'intérêts et d'objectifs et qui essaie de composer avec le mieux possible.

1.4. Economisation de la médecine?

Des efforts ont été accomplis ces derniers temps, en vue d'augmenter l'efficacité du système de santé. On peut citer, à titre d'exemple, l'introduction des forfaits par cas dans le domaine stationnaire, corrélée avec une organisation des hôpitaux visant un entrepreneuriat compétitif et orienté vers la clientèle et dont l'efficacité est augmentée grâce à la spécialisation et la concentration. L'objectif explicite de l'introduction des DRG est de contribuer à la maîtrise des coûts par des incitations économiques qui donnent de plus en plus de poids à des critères d'entreprises dans le domaine hospitalier.²⁷

Lorsqu'il s'agit de déterminer d'un point de vue normatif le rapport entre la médecine et l'économie et de décrire les répercussions d'une éventuelle économicisation de la médecine, il importe de préciser la terminologie au préalable. L'*économicisation* se caractérise par une orientation des structures, des processus et des moyens investis selon le principe de l'efficacité, c'est-à-dire selon la quête d'un rapport aussi favorable que possible entre coûts et résultats.²⁸ Les ressources économisées restent à la disposition du système solidaire. La *commercialisation* s'entend ici comme le souci de maximiser des gains, qui au lieu d'être réinjectés dans le système, sont privatisés.

Ainsi, les forfaits par cas visent à encourager de manière ciblée une approche axée sur l'économie d'entreprise et un management rigoureux. Dès lors, se pose la question des conséquences sur la pratique clinique et la prise en charge des patients.²⁹ Une étude empirique sur l'introduction des DRG a révélé que, dans leur activité clinique, les médecins se sentent obligés de tenir compte d'intérêts économiques plus qu'ils ne le souhaiteraient, au regard de leur responsabilité envers leur patient.³⁰ Les efforts déployés pour une meilleure transparence et une efficacité accrue alourdissent également la charge administrative, avec le risque de reléguer de plus en plus la prise en charge des patients au second plan, même lorsque les médecins tentent de satisfaire à ces deux exigences en effectuant des heures supplémentaires.³¹

De plus, certaines indications empiriques laissent entendre qu'avec la tarification DRG, des patients sont transférés de l'hôpital vers une autre institution pour des raisons économiques et non pas parce qu'ils y seraient mieux soignés.³² On risque également de procéder à une sélection des risques dès l'admission d'un patient ou lors de son recrutement. Ainsi, au lieu de se poser la question: «A quels patients pouvons-nous apporter le meilleur soutien?» on se demande «Quels sont les patients susceptibles de nous rapporter le plus (soutien écono-

28 Cf. Porszolt F (2013) Ökonomisierung oder Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung. Public Health Forum 21; 4.

29 Cf. Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N (Hg.) (2011) DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen. EMH-Verlag. Cf. également Biller-Andorno N (2014) Fallpauschalen in Schweizer Spitälern – eine erste Bilanz. Bulletin des médecins suisses 95(6): 16–7.

30 Cf. Fässler M, Wild V, Clarinval C, Tschopp A, Faehrich JA, Biller-Andorno N (2014) Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians. (manuscript under review)

31 Voir à ce sujet le rapport final de l'étude concomitante à l'occasion de l'introduction des Swiss-DRG sur mandat de la FMH; www.fmh.ch/files/pdf9/2012_01_04_Begleitstudie_SwissDRG_Langversion_D.pdf (en allemand); résumé en français: www.fmh.ch/files/pdf9/2012_01_04_Begleitstudie_SwissDRG_Kurzversion_F.pdf

32 Cf. Meyer B, Golder L, Lonchamp C (2014) Forte identification professionnelle malgré l'augmentation de la bureaucratie. Bulletin des médecins suisses 95 1(1/2): 7–8.

mique)?» (c'est-à-dire quels sont les patients les plus rentables). Une telle inversion du rapport entre but et moyens³³ ne correspond plus à l'intention initiale de promouvoir l'esprit d'entreprise dans les institutions de la santé, avec l'objectif d'améliorer l'efficacité et d'encourager l'innovation.

D'autres tentatives pour promouvoir la rentabilité des prestations médicales – telles que, par exemple, la coresponsabilité budgétaire dans le domaine ambulatoire ou les bonus basés sur des objectifs à atteindre – font l'objet de discussions controversées, tant parmi les spécialistes que dans l'opinion publique. La pression économique sur les fournisseurs de prestations crée des nouveaux rapports de force, de dépendance et de vulnérabilité. Dans un tel contexte, il est important de garder un espace suffisant pour les considérations éthiques, qui rappellent les objectifs prioritaires du système de santé et les standards professionnels des médecins et des soignants.

En Suisse, la majeure partie des prestations (environ 70%) est financée avec des fonds publics. Une gestion rigoureuse des moyens et la réinjection des gains dans le système s'impose dans ce domaine. Parallèlement, en Suisse, les éléments du marché et les éléments de planification sont combinés, du fait de la diversité de la médecine, et parce que certains marchés sont mieux adaptés que d'autres à certaines offres. Les initiatives commerciales et la dynamique d'entreprise peuvent tout à fait encourager les innovations et les optimisations. La commercialisation atteint toutefois ses limites lorsqu'au final le système public perd des ressources, par exemple en «privant» le système de santé des secteurs lucratifs et en laissant les «mauvais risques» au secteur public. Il importe donc que le système solidaire ne soit pas mis en péril par la recherche du profit privé – en particulier par une commercialisation dans le domaine des prestations de l'assurance obligatoire des soins.

33 Cf. Kühn H, Simon M (2001) Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung. Abschlussbericht eines Forschungsprojekts der Berliner Forschungsverbundes Public Health, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (FK: 01 EG 9525/8). Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

L'économicisation peut également nuire à la couverture des soins, lorsque la recherche d'efficacité relègue la qualité et l'orientation vers le patient au second plan.³⁴ Différents mécanismes sont susceptibles d'augmenter l'efficacité: ainsi, un budget restreint incite à gérer au mieux des moyens limités.³⁵ Les forfaits par cas, mais également de nombreuses autres formes de «Managed Care» traditionnel qui fonctionnent avec un «système de capitation» reposent sur ce mécanisme. Un tel système peut, s'il n'est pas équilibré, être une incitation au sous-traitement. La Suisse a trouvé le moyen d'équilibrer les incitations au sur- ou au sous-traitement grâce aux budgets parallèles et à la facturation selon TARMED.³⁶

La promotion de la compétitivité peut, elle aussi, augmenter l'efficacité. Dans les cas positifs, la compétition peut inciter les participants à améliorer la qualité de leurs prestations. Toutefois, une compétitivité accrue peut également amener les institutions de soins stationnaires à privilégier l'admission des patients peu coûteux avec un bon «outcome». Dans la perspective de l'ensemble du système, cette approche ne permet ni d'économiser des coûts, ni d'améliorer globalement la qualité de la prise en charge; la compétition perd ainsi tout son sens.³⁷

Des bonus pour les fournisseurs de prestations conjugués à des objectifs précis en termes de productivité et/ou de qualité constituent un autre moyen d'augmenter l'efficacité. Selon la manière dont ils sont appliqués, ceux-ci peuvent soit augmenter l'efficacité, soit être inefficaces, soit agir comme des incitations inopportunes («perverse incentives»)³⁸. L'encouragement de la prise de conscience des coûts grâce à la responsabilité partagée des coûts, le «lean management»³⁹, le rationnement, le benchmarking, la spécialisation et la standardisation constituent d'autres mécanismes possibles.

34 Cf. Kettner M, Koslowski P (Hrsg.) (2011) Wirtschaftsethik in der Medizin. Wieviel Ökonomie ist gut für die Gesundheit? Wilhelm Fink Verlag. Cf. également Manzeschke A (2013) Ressourcenzuteilung im Gesundheitswesen. Zur Logik der Leistungssteigerung und Effizienzmaximierung und ihren ethischen Grenzen in: Dengler K, Fangerau H (Hrsg.) Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen: Grenzen und Alternativen. Eine Einführung mit medizinethischen und philosophischen Verortungen, Bielefeld: Transcript: 223–246.

35 Du moins aussi longtemps qu'il existe une diversité d'offres et que les résultats (et donc l'efficacité des moyens engagés sur la santé des patients) sont enregistrés et soumis à une vérification critique.

36 Cf. Berchtold P, Peytremann-Bridevaux I (2011) Integrated Care Organizations in Switzerland. International Journal of Integrated Care 11.

37 Cf. Binswanger M (2011) Unsinnige Wettbewerbe. Freiburg: Herder.

38 Cf. Biller-Andorno N, Lee TH (2013) Ethical physician incentives – from carrots and sticks to shared purpose. N Engl J Med 365(368): 980–2.

39 Pour la définition des termes, cf. le glossaire en annexe. Charles Kenney (2010) Transforming Healthcare: Virginia Mason Medical Center's Pursuit of the Perfect Patient Experience. Productivity Press.

Afin de minimiser les effets négatifs de l'économicisation, il importe de comprendre la diminution des dépenses ou l'augmentation de l'efficacité non pas comme une fin en soi, mais bien plus au regard de l'objectif principal qui consiste à augmenter le bénéfice du patient par rapport aux moyens investis. Ce concept de «value»⁴⁰ relie le «bénéfice du patient»⁴¹ aux coûts. Il ne s'agit donc pas de devenir «meilleur ou moins cher» ou «moins cher, donc un peu pire», mais bien plus «moins cher parce que meilleur».⁴² Ainsi, une véritable amélioration de la qualité des traitements – en relation avec l'expérience individuelle des patients et/ou l'orientation selon les besoins de la population en matière de santé – se traduit par des économies, non pas au détriment de la qualité et de la loyauté, mais par une prise en charge de meilleure qualité orientée selon les besoins des patients.

Le conflit entre l'expérience et le bénéfice individuels du patient, d'une part, et l'utilité pour la population, d'autre part, soulève une délicate question éthique: dans quelle mesure est-il légitime de privilégier la maximisation du bénéfice collectif, dans la prise en compte de la rentabilité des mesures médicales? Cela pourrait désavantager les personnes en fin de vie (personnes âgées, gravement malades ou mourantes), les patients atteints de maladies rares (telles que la maladie de Pompe) ainsi que les malades chroniques avec des possibilités thérapeutiques réduites, en raison de la faible rentabilité de leur prise en charge médicale.

40 Cf. Porter M (2010) What is Value in Health Care? *N Engl J Med* 363: 2477–81.

41 La définition et notamment l'évaluation du «bénéfice du patient» n'est pas aisée. Le «bénéfice» peut être compris comme la qualité du traitement individuel, mais également comme l'orientation du traitement selon les besoins du patient (responsiveness to health needs) au lieu de soigner les patient avec les moyens à disposition que l'on connaît et qui sont rentables. L'appréciation quantitative du bénéfice fait également l'objet de controverses au niveau scientifique. Cf. également à ce sujet le concept sur le renforcement de la recherche sur les services de santé, élaboré par l'ASSM à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique (2014) www.samw.ch/de/Aktuell/News/mainColumnParagraphs/010/detail_files/file/SAMW_Versorgungsforschung_1.pdf (en allemand; résumé en français pages 9 à 12)

42 Cf. McCellan M, McKethan AN, Lewis JL, Roski J, Fisher ES (2010) A national strategy to put accountable care into practice. *Health Affairs* 29(5): 982–90.

On peut souligner, dans le sens d'une conclusion intermédiaire, que la médecine revêt toujours une dimension économique. Il est important de la reconnaître, de la gérer ouvertement et de veiller à ce que les considérations et interventions économiques ne fassent pas obstacle à l'objectif d'une prise en charge de haute qualité, pouvant être financée et concrétisée durablement – mais au contraire, l'encouragent dans toute la mesure du possible respectivement lui donnent le sens souhaité. Il importe, en outre, de veiller à ce que les intérêts économiques particuliers ne compromettent pas des objectifs supérieurs de la couverture des soins et que certains aspects de la médecine, dont l'utilité économique ne peut être appréciée que dans une mesure limitée – tel que l'établissement et le maintien d'une relation thérapeutique de confiance et de loyauté –, ne soient négligés au nom de la rationalisation.

2. Médecine et économie: problèmes pour le quotidien

Dans l'idéal, l'économie contribue à atteindre de manière efficace les buts – fixés par les politiques – du système de santé. Dans le contexte suisse, il ne s'agit pas en priorité de diminuer les dépenses, mais plutôt d'utiliser les ressources à bon escient; c'est-à-dire de maîtriser les coûts soit en améliorant la qualité des soins – meilleure orientation vers le patient, coordination plus efficace des procédures, intégration des soins au-delà des parcours thérapeutiques, etc. –, soit en évitant les dépenses inutiles. Il peut néanmoins arriver que les mécanismes destinés à augmenter l'efficacité, tels que les budgets globaux, la compétitivité et les incitations, se répercutent négativement sur la prise en charge des patients et le quotidien clinique.

Il s'agit alors d'identifier ces répercussions négatives afin de les gérer ou, mieux encore, de les prévenir. Ci-dessous différents aspects problématiques sont abordés et, pour certains, illustrés par des exemples.⁴³ Certains de ces aspects se chevauchent; ils doivent être considérés comme les pièces d'un puzzle aux contours flous qui, une fois assemblées, révèlent l'image d'une économicisation excessive ou détournée dans le quotidien clinique. Les exemples de cas réunissent souvent plusieurs des aspects problématiques mentionnés.

2.1. Gain d'efficacité au détriment de la qualité

L'objectif d'augmenter l'efficacité est quelquefois mal interprété et compris comme une invitation à faire un maximum d'économies. Augmenter l'efficacité signifie, pour atteindre ce but, réduire les dépenses (en renonçant, par exemple, à des interventions inutiles), et non pas délaissier ou niveler l'objectif dans le but de comptabiliser moins de dépenses. La maximisation des profits, sous couvert d'augmenter l'efficacité, et en devant pour cela réduire les dépenses, pose particulièrement problème.

Le risque existe particulièrement dans le domaine des soins de diminuer l'effectif du personnel à des fins de rentabilité, et de perdre ainsi le temps nécessaire à une prise en charge directe des patients. Les processus de travail ne peuvent

43 Les exemples cliniques ont été rapportés par des membres du groupe de travail.

pas être condensés à volonté sans devoir accepter des pertes au niveau de la qualité – en particulier à long terme. L'étude RN4CAST⁴⁴ a démontré clairement que la mortalité des patients hospitalisés augmentait de façon significative proportionnellement au nombre de patients à la charge d'un soignant. A l'inverse, il s'est avéré que la mortalité diminuait avec un effectif plus élevé de soignants qualifiés. Dans les hôpitaux «magnet» caractérisés par une compétence élevée des soignants, une profonde satisfaction au travail, de faibles fluctuations du personnel ainsi qu'un «skill mix» adéquat, il semble que la proportion de «missed nursing care» – donc du travail de soignant nécessaire ne pouvant pas être (entièrement) réalisé – soit nettement inférieure.⁴⁵ La collaboration interprofessionnelle influence, elle aussi, le résultat du traitement.⁴⁶ Ainsi, des éléments comme les ressources en personnel, la qualité des traitements, l'esprit d'équipe et la satisfaction au travail semblent s'imbriquer les uns dans les autres: grâce à un effectif suffisant de soignants qualifiés, les résultats de traitements sont bons, la satisfaction des patients et du personnel est élevée et les fluctuations du personnel sont faibles, ce qui renforce positivement et durablement les bons résultats des traitements. A l'inverse, un effectif du personnel trop faible et un «skill mix» inapproprié peuvent se répercuter négativement sur la motivation au travail et sur la relation des employés à leur travail et les résultats déjà mauvais peuvent continuer à se dégrader.

.....

Suite à une chute, Madame B., 72 ans, a dû être opérée d'urgence aux hanches; afin de prévenir les escarres et la pneumonie, elle devait être mobilisée et sortie de son lit deux à trois fois par jour. Un seul soignant ne suffisait pas pour cette tâche, compte tenu de ses craintes et de ses vertiges. Madame B. a été de moins en moins mobilisée et lorsqu'elle en parlait à l'infirmière, celle-ci lui répondait: «Pour le moment je n'ai absolument pas le temps pour vous. Simplement pas le temps.» L'infirmière pensait tout bas: «... mais quelle personne suis-je donc devenue pour refuser de lever une patiente. Ce n'est pas justifiable du point de vue de l'éthique. Si une pneumonie se déclare chez cette femme juste parce que je ne l'ai pas levée ... Mais je n'ai pas le choix.» Elle rentrait chez elle, très insatisfaite, en songeant «je n'ai jamais été comme ça. Il y a des années, j'ai appris mon métier avec tant d'enthousiasme et voilà comment je suis aujourd'hui ...».

.....

44 Cf. www.rn4cast.eu

45 Cf. Kalisch BJ, Lee KH (2012) Missed nursing care: Magnet vs. non-Magnet hospitals. *Nurs Outlook* 60: E 32 - E 39.

46 Cf. Martin JS, Ummenhofer W, Manser T, Spirig R (2010) Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*, 140, w13062.

2.2. Conflits d'intérêts

Les médecins et les soignants expérimentent tous les jours qu'ils peuvent agir soit en fonction d'intérêts économiques, les leurs ou de ceux de leur employeur, soit pour le bien du patient. Ils entrent ainsi dans un conflit d'intérêt. Tant que les intérêts économiques concernent des bénéfices privés ou purement commerciaux, il est évident que le bien-être du patient doit être l'intérêt primaire. La situation est plus délicate quand les intérêts économiques sont l'expression d'une gestion rigoureuse de ressources limitées («stewardship»). Il s'agit alors, en fait, d'une double responsabilité («dual responsibility»).⁴⁷ Dans ce cas, le potentiel économique ne devrait pas entrer en conflit avec la qualité de la prise en charge du patient. Si toutefois un conflit subsiste, il vaut la peine de vérifier – éventuellement avec le soutien d'une instance adaptée – si, par exemple, il n'est pas dû à des incitations inadaptées.

Des conflits peuvent également survenir au niveau du management, en cas de divergence entre les intérêts de l'économie d'entreprise et ceux de l'économie politique. Ainsi, par exemple, un séjour hospitalier revient plus cher au système de santé (et est plus éprouvant et plus risqué pour le patient), mais il est plus lucratif pour l'hôpital. D'un autre côté, certains groupes de patients ne sont pas suffisamment couverts dans l'actuel système DRG (par exemple les patients déments ou polymorbides); on évite alors de les hospitaliser ou on raccourcit la durée de leur hospitalisation au détriment de la qualité de leur prise en charge. Le fractionnement des systèmes de remboursement fait obstacle à une prise en charge intégrée centrée sur le patient. On peut supposer que les établissements à vocation commerciale sont plus fréquemment exposés à ce type de conflits d'intérêts que les institutions publiques, dont le but est d'équilibrer le bilan plutôt que de réaliser des bénéfices privés, tout en assumant leur mission de prise en charge de la population. Toutefois, les systèmes d'évaluation des coûts avec des objectifs explicites peuvent très rapidement aligner la logique des hôpitaux publics à celle des institutions orientées aux bénéfices.

47 Les négociations entre médecins et assureurs au sujet du remboursement des prestations à leurs patients constituent un exemple typique de conflit entre le bien-être du patient et les intérêts d'économie politique ou d'entreprise. Cf. Wynia M.K. Cummins D.S. VanGeest JB Wilson JB. (2002) Physician manipulation of reimbursement rules for patients: between a rock and a hard place. JAMA, 283 (14): 185865283
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10770148

Une perspective importante en matière de conflits d'intérêts est le concept décrit par la corruption institutionnelle («institutional corruption»); au-delà de l'action individuelle, il s'intéresse aux critères et pratiques systémiques susceptibles de compromettre les objectifs d'une institution ou son intégrité.⁴⁸ Ainsi, la mission d'un hôpital ou d'un réseau médical, qui consiste à contribuer à la santé de la population, peut être détournée en faveur des attentes de bénéficiaires et de l'orientation prise lors des bilans intermédiaires, qui poussent au traitement sélectif de patients ou de maladies financièrement attractifs, au détriment de patients moins «rentables». Des incitatifs erronés peuvent également provenir d'«éléments concurrentiels» introduits dans le système de santé actuel, par exemple les nombres minimaux de cas qui pourraient inciter à élargir certaines indications.

.....

Une femme de 93 ans a été admise dans un centre hospitalier pour des douleurs au niveau de la poitrine. Après une coronarographie qui ne présentait aucune pathologie au niveau des vaisseaux du cœur, les douleurs ont été jugées «atypiques». Un stimulateur cardiaque a été implanté en raison d'un bloc atrio-ventriculaire de niveau deux. Les complications consécutives ont nécessité une incision de la paroi thoracique (thoracotomie). Trois jours seulement après avoir quitté l'unité de soins intensifs, la patiente de 93 ans a été renvoyée à son domicile par «manque de place». Quelques jours plus tard, son médecin de famille l'a fait hospitaliser dans une autre clinique en raison de douleurs dans la région de la cicatrice et d'un affaiblissement général.

.....

2.3. Perte de valeur du modèle de soins basé sur la relation entre médecin ou soignant et patient

La relation entre le professionnel de la santé et le patient peut être basée sur différents modèles. Il y a ainsi les aspects liés à la prestation: un patient bien informé et capable de discernement demande une prestation précise que son vis-à-vis lui propose de manière professionnelle. Le modèle d'assistance, par contre, est souvent compris comme le cœur du métier: un médecin ou un soignant s'occupe d'une personne en détresse et utilise ses compétences, son expérience et son savoir pour lui apporter une aide. Ce don de soi pour répondre à la détresse des autres peut être contrecarré par manque de temps, des objectifs financiers ou d'autres conditions cadres. Certaines tâches exigent quelquefois

48 Cf. Rodwin MA (2013) Institutional Corruption and the Pharmaceutical Industry. *Journal of Law, Medicine and Ethics* 41: 544.

d'avoir – et même de prendre – du temps pour être vraiment accomplies.⁴⁹ Les patients gériatriques, tout particulièrement en présence de difficultés psychosociales, réclament souvent un engagement considérable.⁵⁰

Du fait de la standardisation et de l'industrialisation, les processus de travail sont de plus en plus denses et comprimés; des éléments essentiels de la relation entre le médecin et le patient individuel peuvent être perdus ainsi que des aspects concernant la qualité des traitements adaptés au patient individuel. Il n'est pas rare que ces aspects soient négligés au nom de la recherche d'efficacité. Cette perte est d'autant plus préoccupante, lorsque les économies ne sont pas justifiées par la pénurie des moyens publics, mais dans le but de réaliser des bénéfices privés.⁵¹ Or, souvent, ce n'est pas la volonté d'agir dans le meilleur intérêt de leurs patients qui manque aux médecins. Des facteurs structurels d'un niveau supérieur peuvent également compliquer la relation de soins.

.....
Une patiente dialysée de 75 ans, vivant avec son époux, a dû être hospitalisée à quatre reprises en deux mois, en raison de troubles changeants. Conformément à la tarification par DRG, chaque hospitalisation a duré entre deux et quatorze jours au maximum.

Le néphrologue traitant a réalisé que le réseau de soins à domicile (dont fait également partie son mari) était épuisé et que seul un placement dans une institution pouvait mettre fin aux hospitalisations d'urgence et garantir à la patiente une prise en charge stable et donc une meilleure qualité de vie. Mais il savait aussi que la patiente s'opposerait à un placement institutionnel. Il choisit alors de l'affecter à une clinique de soins gériatriques aigus en raison d'une décompensation croissante des soins à domicile après plusieurs chutes, en leur demandant de clarifier comment procéder au niveau social.

La patiente exigeait un retour immédiat à son domicile, alors que le déroulement de la maladie était caractérisé par des troubles changeants et répétés ainsi qu'un manque de coopération et des attentes irréalistes. Après une hospitalisation de plus de six semaines, avec plusieurs entretiens avec la famille, et un retour à domicile pour confronter la patiente à la réalité et développer une relation de confiance, la patiente a finalement consenti à être placée dans un centre de soins. La série d'hospitalisations d'urgence a été interrompue, le mari épuisé n'est pas tombé malade, la qualité de vie de la patiente s'est améliorée et les problèmes liés à la dialyse se sont considérablement atténués. Et depuis, la patiente n'a plus dû être hospitalisée.

49 Cf. à ce sujet une conférence de Mark Mäder, «Die Entdeckung der Langsamkeit»: www.uibk.ac.at/wuv/pdf/wir_sind_viel_zu_wenig_langsam.pdf (en allemand)

50 Cf. Grob D (Hrsg.) (2013) *Alt und krank – Akutgeriatrie zwischen Fürsorge und Autonomie*. Série de publications de la Société suisse de politique de la santé.

51 Cf. Heubel Kettner M Manzeschke (2012) *Die Privatisierung von Krankenhäusern – ethische Perspektive*. *Ethik in der Medizin*, Vol. 24; Issue 1: 85–86.

L'hospitalisation prolongée a mené à une situation de «High-Outlier» dans le système de forfaits par cas: conformément au système, les frais dépassant le forfait par cas usuel ont été facturés à la caisse de maladie. La caisse a refusé le remboursement des frais en argumentant que la clarification (de la situation sociale) et les entretiens avec la famille n'auraient pas dû se dérouler dans le cadre d'une évaluation somatique aiguë. La durée de l'hospitalisation aurait pu être nettement réduite.

2.4. Perte de la motivation intrinsèque

L'économie comportementale entend par motivation intrinsèque un acte uniquement récompensé par l'activité elle-même. Cette motivation peut être renforcée positivement par des facteurs extrinsèques (incitatifs) ou affaiblie, jusqu'au cas extrême où la motivation intrinsèque est totalement refoulée et remplacée par des facteurs extrinsèques. Ce résultat est synonyme de dépendance (par rapport à celui qui récompense), donc de perte d'autodétermination, et peut impliquer une perte d'estime de soi.⁵² L'intensification de la charge de travail, due au nombre croissant de patients avec une durée d'hospitalisation décroissante, pose problème: elle augmente la charge globale de travail et diminue le temps imparti à chaque patient. Cette évolution va à l'encontre du désir d'offrir aux patients non seulement les soins nécessaires, mais également une prise en charge globale. Dans ce contexte, la motivation intrinsèque des soignants est mise à mal, car le principal motif du choix de cette profession ne trouve plus guère sa place dans la pratique.⁵³ Les professions de la santé sont attractives et jouissent traditionnellement d'un prestige élevé, car ceux qui les exercent ont un niveau d'expertise et un sens des responsabilités élevés, mais également parce qu'une activité d'aide au prochain donne immédiatement satisfaction.

52 Cf. Frey B (2012) Crowding Out and Crowding In of Intrinsic Preferences. In Brousseau E, Dedeurwaerde T, Siebenhüner B (eds.) (2012) Reflexive Governance for Global Public Goods. MIT Press.

53 Cf. Bartolomeyczik S (2007) Reparaturbetrieb Krankenhaus: DRG's und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege in «Medizin und Gewissen» der IPPNW. 21. Oktober 2006. Universität Witten.

2.5. Déprofessionnalisation

Il est souvent question, ces derniers temps, de «professionnalisme», du rôle professionnel et des valeurs professionnelles des acteurs du système de santé. L'économicisation est vécue comme une menace pour le professionnalisme des médecins et des soignants. Le «professionnalisme médical» caractérise le corps médical en tant que profession indépendante qui définit elle-même sa déontologie et revendique une autonomie professionnelle pour exercer sa mission. Par ailleurs, le «professionnalisme médical» s'entend également comme «le cœur et l'âme de la médecine», qui ne se limite pas à observer des standards éthiques, mais qui est l'expression de la vocation initiale des médecins: le désir d'aider ses semblables et la société par une prise en charge médicale de haute qualité.⁵⁴

L'expression du professionnalisme menacé par l'économicisation ou de la déprofessionnalisation de la profession médicale est le terme déjà bien établi de «fournisseur de prestations médicales»: l'activité médicale est réduite à la notion de fourniture d'une prestation. C'est ainsi qu'un transfert de pensée économique s'est opéré au chevet du malade. En conséquence, les patients ne sont plus considérés comme des «demandeurs de soins», mais comme des «facteurs de coûts».

La déprofessionnalisation est un symptôme de la fragmentation croissante et de la spécialisation dans le domaine de la santé; elle se manifeste lorsque les médecins perdent de leur responsabilité et de leur autonomie et se soumettent à la dépendance d'autrui.⁵⁵ Il peut s'agir de juristes qui décident de ce qui est indiqué, d'assureurs qui évaluent ce qui est remboursable, d'éthiciens qui s'expriment sur ce qui est moralement admissible, ou de dirigeants qui (co)définissent ce que l'on entend par une médecine de bonne qualité – rentable – dans l'institution en question. Mais la médecine elle-même accélère la déprofessionnalisation en créant de plus en plus de sous-spécialisations, donc d'interdépendances dans la prise en charge des patients. Les médecins deviennent des exécutants, avec le risque de s'orienter de plus en plus à des références externes et de s'éloigner de l'éthique professionnelle.

54 Cf. les commentaires de l'ABIM Foundation: www.abimfoundation.org/Professionalism/Medical-Professionalism.aspx

55 Cf. Unschuld P (2009) *Ware Gesundheit*. München. C.H. Beck.

A cette perspective, on peut objecter que dans un système de santé moderne, une conception durable de la professionnalisation exige des processus décisionnels communs avec la participation d'autres groupes professionnels (professionnalisés). Toutefois, le déplacement des rapports de pouvoir des médecins vers d'autres groupes professionnels ne doit pas être sous-estimé, car il va de pair avec une nouvelle répartition des responsabilités.

Les médecins, soignants et thérapeutes doivent être conscients qu'ils sont responsables de la bonne qualité d'un traitement médical – aucun économiste hospitalier exerçant une pression sur eux ne devra se justifier de décisions médicales discutables prises sur la base de considérations économiques.

.....

Une cheffe de clinique interniste demande à son médecin-chef l'autorisation d'entreprendre une chimiothérapie chez un patient déterminé. Questionnée sur le pourquoi d'une telle question, la cheffe de clinique explique qu'elle se soucie des coûts, sachant que l'hospitalisation de ce patient, assuré de base, dans une unité de soins aigus, est actuellement nécessaire et que l'administration d'un cytostatique très onéreux dans ce cadre entraînera un déficit pour l'institution. L'indication médicale pour le traitement avait été approuvée au préalable dans le contexte d'un Tumorboard interdisciplinaire. Cette question a conduit à une clarification économique depuis la pharmacie et par le contrôleur médical.

.....

2.6. Distorsion des priorités médicales

La qualité de la prise en charge médicale ne se limite pas uniquement à des aspects techniques. La qualité de l'indication posée joue, elle aussi, un rôle central. Le défi – tant dans le traitement individuel que dans l'optique de la santé de l'ensemble de la population – consiste à trouver, malgré les possibles incitations inopportunes, la juste mesure entre traitement excessif et traitement insuffisant. Ainsi, il pourrait être urgent de disposer d'une expertise spécifique pour le traitement d'une maladie dermatologique rare, mais aucun centre n'est disposé à assumer cette fonction, car la rémunération ne couvre pas les frais. On sait aussi que dans les domaines de la psychiatrie, de la médecine de réhabilitation et, en partie, de la gériatrie, des lacunes existent dans la couverture des soins.⁵⁶

56 Cf. Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) (Editeur) (2007) Le rationnement au sein du système de santé: analyse et recommandations. Bâle.

Par ailleurs, c'est précisément l'offre de plus en plus large de nouvelles thérapies qui crée une certaine confusion quant aux priorités en médecine. Paradoxalement, les priorités étaient plus claires dans la « simplicité » de la médecine d'antan. Dans le traitement des patients, les nouvelles connaissances scientifiques nous apportent quelquefois plus d'incertitudes que de clarifications. Les débats actuels pour ou contre les dépistages généralisés des cancers du sein ou de la prostate, par exemple, en témoignent. A l'imprécision des priorités médicales, s'ajoute le fait que les patients participent aujourd'hui activement aux décisions et que leurs priorités individuelles pèsent encore plus lourd qu'autrefois.⁵⁷

De plus, il existe des interventions plus accessibles à la standardisation, dont les complications sont relativement faciles à maîtriser et qui sont pratiquées sur une majorité de patients assurés en privé. Les institutions spécialisées pour ces interventions étant plus nombreuses que nécessaire, le nombre de ces interventions augmente nettement en l'espace de quelques années.

.....

Lors d'une étude d'une association de caisses maladie, un hôpital se fait remarquer par le nombre élevé d'exams onéreux par scanner. L'hôpital tente de justifier ce nombre élevé par son unité de soins intensifs et son service des urgences; toutefois, même en tenant compte de ces éléments, le nombre de scanners reste disproportionné. Compte tenu de l'exposition relativement élevée aux rayons par scanner, l'hôpital a fait l'objet de nombreuses critiques de la part des organisations de protection des consommateurs.

.....

2.7. Perte de confiance des patients

La confiance accordée par les patients à leurs médecins traitants et à la médecine en général est un bien précieux qui, une fois perdu, ne peut être rétabli qu'au prix de grands efforts. Elle risque d'être ébranlée dès que les patients croient – à juste titre ou non – qu'ils servent de « vaches à traire » pour les médecins ou les institutions qui les soignent. C'est pourquoi, la question de l'adéquation des incitations financières pourrait être vérifiée en se demandant: « Pourrais-je expliquer ceci à mes patients? » A la longue, la tentative de dissimuler aux patients des intérêts allant à l'encontre de leur bien-être sera vouée à l'échec. En conséquence, la transparence et une vérification critique de l'adéquation des structures de rémunération et des incitations s'imposent.

.....
Une patiente de 86 ans, assurée en privé, est hospitalisée pendant un weekend en raison de douleurs aiguës dans la région du bassin. Sous forte dose d'analgésiques, elle fait une chute dans la nuit et se blesse à la tête, mais sans perte de connaissance. La plaie du cuir chevelu est soignée chirurgicalement. Lundi matin, plus de 36 heures après l'accident, le médecin en charge prescrit un scanner. La patiente, pleinement consciente et sans aucun symptôme neurologique, refuse de s'y soumettre. Le lendemain, le médecin assistant signale qu'il a diagnostiqué une anémie et prescrit une gastroscopie et une colonoscopie. La patiente explique que l'anémie est connue depuis des années et qu'elle est traitée régulièrement par son médecin de famille avec des injections de vitamines B12; et elle demande pourquoi on lui prescrit des examens sans procéder à une anamnèse détaillée au préalable. Le médecin assistant répond naïvement qu'il a reçu l'instruction de procéder à un maximum d'examens complémentaires.
.....

3. Approches possibles pour l'intégration des objectifs médicaux et économiques

Lorsqu'il s'agit d'augmenter la « valeur » (value) dans le système de santé, c'est-à-dire le bénéfice du patient par rapport aux moyens investis, il est indispensable d'intégrer, d'une part, les objectifs médicaux – un bénéfice plus élevé pour le patient individuel et pour l'ensemble de la population – et, d'autre part, les objectifs économiques – l'augmentation de la rentabilité. Le concept de la triple cible (« triple aim »), mentionné à la fin du chapitre 1, réunit trois dimensions d'un objectif commun, à savoir l'expérience des soins individuels, la santé de la population et la rentabilité; il montre bien qu'en l'absence d'une seule de ces dimensions, l'objectif global peut être compromis. Cela n'implique pas que les économistes, les médecins et les soignants soient toujours unanimes quant à la manière de définir et d'atteindre l'objectif global. Une réflexion continue et constructive est nécessaire, tant au niveau macro de l'ensemble du système de santé qu'au niveau des différentes structures qui contribuent à la réalisation de l'objectif.

Ainsi, si en médecine, une réflexion économique est souhaitable pour assurer la pérennité du système de santé, celle-ci ne doit toutefois pas être une menace pour la « bonne » pratique médicale. L'éthique peut aider à résoudre les éventuels conflits de valeur ou d'objectifs – par exemple entre rentabilité et devoir d'assistance. En dépit des positions divergentes sur certaines questions, il peut être utile de se référer à des consensus ou des visions partagées, dans le sens positif comme dans le sens négatif: quels sont, dans tous les cas, les éléments indispensables à la prise en charge des patients individuels ou de la population, ou, formulé de façon négative: *Quels éléments des soins de santé ne doivent en aucun cas faire défaut?*

Les points suivants tentent de cerner ce consensus:

Une relation d'aide empreinte de respect et de confiance entre le professionnel de la santé et le patient. La relation avec le patient – qui souvent implique aussi une relation avec ses proches – est considérée à juste titre comme le cœur de la médecine.⁵⁸ Elle permet d'abord de poser un diagnostic juste et d'adopter le traitement conséquent. Une relation positive peut contribuer au succès du traitement.⁵⁹ Les intérêts économiques peuvent ruiner pour longtemps cette relation de confiance. Dans le cas extrême, le médecin ou l'institution de soins ne se mettent plus au service du bien-être du patient, mais le patient permet au médecin ou à l'institution de soins de préserver son bien-être (économique) – une problématique régulièrement mentionnée, dans la littérature générale comme dans la littérature médico-économique classique.⁶⁰ La relation peut être altérée, même si le patient n'est pas conscient des intérêts économiques de son vis-à-vis, car le médecin qui – de son propre chef ou contraint par un tiers – voit son patient à travers des «lunettes économiques» perd son impartialité et son authenticité.⁶¹

Une prise en charge orientée vers les besoins de la population. La littérature fait de plus en plus état du potentiel d'économie réalisable en évitant les insuffisances et les excès de traitement dus à des incitations inopportunes⁶², tous deux occasionnant des frais évitables pour l'ensemble du système. Les incitatifs doivent donc être conçus de telle façon qu'ils ne divergent pas de l'objectif initial, à savoir la prise en charge adéquate dans le cadre individuel et au niveau de l'ensemble de la population. Pour connaître les besoins, il est nécessaire de comprendre – tant au niveau individuel qu'au niveau sociétal – les expériences, les valeurs et les priorités. A cet égard, une attention particulière doit être accordée aux groupes marginaux, souvent oubliés, parce qu'ils ne parviennent pas à imposer leurs attentes dans le processus politique. La qualité d'un système solidaire ne se mesure pas uniquement à la qualité des prestations de pointe, mais également à leur

58 Cf. Biller-Andorno N: Ethics of care (2012) In: Chadwick R (ed.): Encyclopedia of Applied Ethics. 2nd Edition, San Diego: Academic Press.

59 Cf. le projet «Placebointerventionen im ärztlichen Alltag» de l'ASSM, www.samw.ch/de/Projekte/Archiv/Placebointerventionen-im-aerztlichen-Alltag.html (en allemand)

60 Cf. Evans RG (1974) Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications. In: Perlman M (Ed.) The Economics of Health and Medical Care. Macmillan, Edinburgh, pp. 162-173.

61 Cf. Hartzband P, Groopman J (2011) The new language of medicine. *N Engl J Med* 365(15): 1372-3.

62 Brody H (2012) From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. *N Engl J Med* 366:1949-51.

accessibilité équitable pour tous. La fourniture de prestations médicales ne représente que le dernier maillon de la chaîne des soins. Il est tout aussi important de lutter dans toute la mesure du possible contre les autres injustices (sociales). Concernant les aspects sociaux de la santé, l'objectif d'équité est d'autant plus difficile à atteindre que les ressources sont gaspillées dans une prise en charge médicale inadéquate.

Des coûts financiers supportables à long terme et avec un rapport judicieux avec l'utilité des prestations. Au-delà de la couverture des soins, de nombreuses autres tâches publiques doivent être accomplies pour le bien-être d'une société, entre autres dans les domaines de la formation, de l'infrastructure et de la sécurité. Un système de santé prestigieux qui consomme tant de ressources qu'il n'en reste plus assez pour les autres domaines, n'est pas souhaitable. De plus, la discussion autour des déterminants sociaux de la santé⁶³ rappelle que le bien-être et la santé ne sont pas uniquement garantis par l'accès aux prestations de santé, mais que de nombreux autres facteurs – conditions de travail, accès à la formation, relations sociales – jouent un rôle primordial. Un emploi judicieux de moyens publics restreints exige donc de tenir compte de tous les domaines, afin de développer des synergies permettant de promouvoir le mieux possible la santé de la population.

Un effort sur l'efficacité sans porter préjudice à des soins de haute qualité. Indéniablement les inefficacités doivent être réduites au minimum dans la couverture médicale des soins. Une standardisation différenciée des procédures, par exemple, peut y contribuer, car elle permet d'augmenter l'efficacité et d'améliorer les possibilités de contrôle. Mais certains domaines ne peuvent être standardisés que partiellement – voire pas du tout – comme par exemple une conversation pour tranquiliser un patient exaspéré. Les différentes possibilités permettant d'augmenter l'efficacité doivent donc être utilisées avec discernement. Pour ce faire, il est nécessaire d'adopter un système qui ne vise pas uniquement une implémentation aussi complète que possible, mais qui est également réceptif aux critiques et aux nouvelles propositions.⁶⁴ Il s'agit donc d'optimiser les processus afin de réduire les doublons et autres formes de gaspillage, tout en tenant compte du cas individuel.

63 Cf. www.who.int/social_determinants/fr

64 Madörin M (2014) Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege. Winterthur: ZHAW.

Un environnement de travail valorisant pour les professionnels de la santé. Le travail des professionnels de la santé est exigeant: il ne s'agit pas uniquement d'obtenir les meilleurs résultats de traitement possibles pour chaque patient pris individuellement, mais bien plus, d'agir en concertation avec l'équipe et d'intégrer de manière adéquate les patients et leurs proches dans les prises de décisions, dans le sens d'une approche partagée («shared decision-making»), après une information précise et aussi impartiale que possible. Parallèlement, dans la hiérarchie des institutions de la santé, la position de l'économie a évolué, d'une tâche comptable limitée à l'administration, à une fonction de direction et d'exécutif responsables des décisions stratégiques. Ce «changement de commandes» – comme le vivent certains – peut être source de tensions. L'intégrité professionnelle et l'autonomie des professionnels de la santé doivent absolument être préservées. C'est une condition primordiale à la satisfaction au travail et à la motivation professionnelle qui, à leur tour, se répercutent sur la qualité du travail accompli.⁶⁵ Cela ne signifie pas agir librement et sans concertation, mais avoir la possibilité d'intervenir comme «défenseur» des intérêts du patient et se sentir en premier responsable du bien-être du patient. Les professionnels de la santé devraient, par ailleurs, également veiller à une utilisation responsable et pertinente des moyens publics, sans porter préjudice à la qualité et à la loyauté de la couverture des soins.

S'il est à ce point essentiel que les objectifs médicaux et économiques ne divergent pas, mais se recoupent dans une vision commune d'un système de santé de haute qualité pour l'ensemble de la population, comment est-il possible de garantir que cela n'arrivera pas? Les approches suivantes pourraient aller dans ce sens:⁶⁶

- **Les problèmes doivent être quantifiés pour les rendre visibles.** Les données quantitatives, en tant que bases décisionnelles, jouent souvent un rôle prépondérant, même si elles ne représentent qu'une partie des aspects à prendre en compte («What isn't measured isn't there»). Ainsi, il est utile de saisir empiriquement les problèmes d'une économicisation erronée de la médecine. En même temps, il importe de reconnaître les limites des méthodes quantitatives et d'apprécier

65 Cf. Zuniga F, Ausserhofer D, Serdaly C, Bassal C, de Geest S, Schwendimann R (2013) Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz. Basel: Institut für Pflegewissenschaft.

66 Les points suivants reposent sur des conditions cadres élaborées en relation avec la question des incitations défendables du point de vue de l'éthique; cf. Biller-Andorno/Lee (2013). Ethical physician incentives – from carrots and sticks to shared purpose. *N Engl J Med* 368: 980–2.

la signification des sources d'informations alternatives, par exemple sous forme d'éléments narratifs. Les évaluations qu'on appelle à 360° permettent, par exemple, d'explorer en détail les mesures de rationalisation et, ce faisant, d'y intégrer les préférences des patients et la satisfaction du personnel comme paramètres d'outcome.

- **Une conception ciblée des systèmes d'incitatifs.** Les incitatifs sont inéluctables; ils sont inhérents à tout système qui récompense certaines activités ou la réalisation de certains objectifs (financièrement, mais aussi de manière émotionnelle ou sociale). Toutefois, avec une conception ciblée, ces incitatifs peuvent encourager l'identification et la suppression ou la réduction des inefficacités et améliorer la qualité et la loyauté de la prise en charge et, ainsi, contribuer aux objectifs souhaités. Aucun système d'incitatif n'étant parfait, une attention particulière doit être accordée à la détection des incitatifs inopportuns («perverse incentives») et à la gestion active des conflits d'intérêts.
- **Encouragement du focus sur le patient.** Grâce à une orientation sur les besoins du patient, soutenue par une attention constante et la prise en compte sérieuse de ses expériences, il est possible d'identifier à temps et de contrecarrer les écarts par rapport au meilleur traitement possible. Un engagement (insuffisant) dans ce domaine se refléterait dans l'évaluation clinique des prestations.
- **Développement d'une culture «éthique» dans le quotidien.** Une bonne culture éthique permet de lutter contre la déprofessionnalisation. Pour les professionnels de la santé, c'est un signal important qu'on attende d'eux un engagement professionnel leur permettant d'identifier les problèmes et les obstacles à des prestations d'excellence, et non pas qu'ils se limitent à la réalisation d'objectifs sans aucun sens critique. Tant les fournisseurs de prestations que les représentants des patients, l'administration, la direction et le conseil d'administration de l'hôpital devraient participer à cet échange («from ward to board»).⁶⁷

67 De telles impulsions peuvent également provenir d'organisations externes. Dans le contexte suisse, par exemple, l'Académie de médecine humaine se présente comme un forum de réflexion critique; cf. www.menschenmedizin.com (en allemand)

4. Recommandations

Les réflexions suivantes sur la manière de concevoir la relation entre la médecine et l'économie constituent la base des recommandations:

- Plutôt qu'opposer médecine et économie ou de subir passivement une économicisation non souhaitée, les médecins et les autres professionnels de la santé concernés devraient contribuer activement à la construction de cette relation. C'est ainsi que la priorité doit être accordée à une vision commune d'une prise en charge médicale de haute qualité, réalisable durablement, au bénéfice de l'ensemble de la population. La solidarité entre personnes en bonne santé et malades, personnes âgées et jeunes, femmes et hommes, telle qu'elle est ancrée dans l'assurance maladie, doit dans tous les cas être préservée; il en va de même pour la solidarité avec des groupes de personnes socialement fragiles.
- La médecine et l'économie ne doivent pas être considérées comme des systèmes visant des objectifs concurrentiels, mais comme un concept partant d'un objectif commun qui englobe différentes dimensions (amélioration de l'expérience individuelle avec les patients, amélioration de la santé de la population, utilisation pertinente des ressources). En particulier, la perspective d'économie d'entreprise – actuellement dominante – doit être remplacée par une vision d'économie nationale.
- Le management assume un rôle important dans la mise en œuvre de l'objectif prioritaire. Par exemple, la manière dont se répercutent les instruments de gestion économiques, tels que les forfaits par cas, dépend dans une large mesure de leur implémentation. Il engage sa responsabilité non seulement pour la justification économique, mais également pour la qualité et la loyauté des prestations fournies. Il appartient au management de créer pour cela des conditions cadres appropriées.
- Les médecins et autres professionnels de la santé sont appelés à protéger ce qui fait l'essentiel de la médecine, à savoir une relation de soins empathique et centrée sur les besoins des patients. L'appât du gain, sous couvert d'une relation bienveillante, ne s'accorde pas avec le professionnalisme des médecins et peut briser la relation de confiance des patients. Les médecins en clinique doivent s'impliquer pour l'élaboration des règles économiques de leur établissement, règles dont ils vont assumer par la suite la responsabilité morale envers les patients.
- La médecine la plus onéreuse n'est pas forcément la meilleure; et moins de médecine peut s'avérer plus efficace. Des entretiens entre les médecins ou les soignants et les patients peuvent être utiles pour rappeler cette réalité élémentaire.

Les recommandations ci-dessous permettent de concrétiser ces approches pour une intégration des objectifs médicaux et économiques. Elles s'adressent, d'une part, aux médecins, soignants et autres professionnels de la santé et, d'autre part, aux directeurs des hôpitaux et d'autres institutions de soins. Elles devraient, par ailleurs, être intégrées aux débats de la politique de la santé et s'adressent donc également aux politiciens, à l'administration, aux assurances, organisations de patients et instituts de recherche.

1. Implication active des patients

L'implication active des patients doit être encouragée.

a) Les informations transmises dans le cadre des entretiens avec les patients ne devraient pas être destinées avant tout à assurer la sécurité juridique ni ne comporter que des informations relatives aux bénéfices et aux risques, mais devraient porter également sur la distinction entre prise en charge optimale ou maximale et les possibles conflits d'intérêts, en s'efforçant de ne pas porter atteinte à la relation de confiance entre le médecin et le patient. Une décision partagée («shared decision») doit être visée.

b) Les institutions de la santé devraient examiner les différentes possibilités pour une meilleure intégration de la perspective des patients (par exemple représentation du patient lors de la conception des locaux et des procédures), en prenant en compte des paramètres d'outcome pertinents pour les malades.

2. Développement d'une culture qui encourage la transparence et la critique

a) Les institutions de la santé⁶⁸ devraient – à plus forte raison lorsqu'elles adoptent des mesures pour augmenter leur efficacité – développer, à l'aide de mécanismes appropriés, une culture d'échanges constructifs et ouverts englobant tous les niveaux hiérarchiques ainsi que la clinique, la direction et les organes stratégiques. L'objectif est de développer une culture permettant de transposer les valeurs considérées comme importantes dans ce document et d'amorcer la controverse. Les deux aspects suivants sont importants: d'une part,

68 Il peut s'agir d'hôpitaux ou d'autres unités comme par exemple des réseaux de médecins ou des sociétés de discipline.

l'attention portée à la protection de la solidarité et de l'équité dans la distribution des ressources (entre autres la gestion des conflits d'intérêts) et, d'autre part, la valeur portée au niveau relationnel et de l'attitude éthique (comme l'empathie, la sagesse, la discrétion ou la pondération). La transparence concernant les incitatifs et implications financières est décisive. Une culture de réflexion critique sur les aspects médicaux, économiques, juridiques et éthiques et la gestion des conflits d'intérêts doit être encouragée dans la formation prégraduée, postgraduée et continue.

b) Les comités interdisciplinaires et interprofessionnels qui établissent des forums (comme les tumorboards) pour les prises de décisions collectives, comprenant une dimension économique (par exemple parcours cliniques des patients) doivent être envisagés.⁶⁹

3. Amélioration des conditions de rémunération et des incitatifs

Les conditions de rémunération et les incitatifs doivent être conçues comme des systèmes en apprentissage continu qui, pour évoluer, nécessitent les feedbacks des principaux acteurs.

a) Les systèmes d'incitatifs et les évaluations de prestations associées doivent être conçus et régulièrement réajustés de façon à satisfaire l'objectif prioritaire d'une prise en charge médicale de haute qualité et accessible à l'ensemble de la population.

b) Lorsque l'on identifie des incitatifs inappropriés ou une mauvaise interférence des incitatifs, il convient d'y réagir:

- avec des mécanismes de correction efficaces et rapides (au niveau institutionnel ou aussi systémique);
- avec des fonds de réserve (par exemple pools de hauts risques, pools d'innovations, rémunérations supplémentaires et forfaits complexes) pour les activités médicales qui, en dépit des mécanismes de correction, ne peuvent être rémunérées de manière adéquate;
- par des adaptations tarifaires qui prennent en compte les modifications de l'utilité et des coûts des prestations de soins (par exemple une réévaluation des prestations interventionnelles).

69 A l'instar du travail du Swiss Medical Board au niveau national ou du Tumorboard dans le domaine de l'oncologie.

c) Le financement du traitement de patients ne bénéficiant pas d'une assurance sociale (par exemple sans-papiers, détenus) doit être garanti.

d) Les prises de décisions consensuelles entre les fournisseurs de prestations, les patients et les organismes payeurs (tables rondes) devraient aider à corriger les écarts dans l'évaluation du statu quo et les possibles stratégies d'amélioration.

4. Optimisation des procédures de certification existantes

Ces recommandations doivent être observées dans les procédures de certification ou autres processus similaires existants⁷⁰ (par exemple dans les exigences des listes hospitalières ou dans les rapports concernant la qualité) en observant notamment les points suivants:

- Les objectifs et, le cas échéant, les évaluations des prestations et des systèmes d'incitatifs des établissements de la santé doivent être réajustés à l'objectif prioritaire d'une prise en charge de haute qualité pour l'ensemble de la population.
- Le contrat de soins doit être rempli intégralement (et non pas sélectivement), en veillant notamment à assurer l'accès aux soins aux groupes marginaux.
- Le monitoring de l'impact des systèmes d'incitatifs sur l'efficacité, la qualité et l'équité des prises en charge doit être établi en tenant compte des perspectives des fournisseurs de prestations et des patients.
- Une culture qui encourage la réflexion critique et la transparence doit être développée, en s'appuyant sur des structures et des processus adaptés.

70 De tels certificats existent déjà pour certains domaines, cf. par exemple www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview.aspx pour le domaine des soins ou www.equam.ch/fr pour la prise en charge médicale intégrée.

5. Evaluation ciblée et collecte des données

Les données médicales et économiques existantes – tant au niveau du système de santé qu'à celui des institutions de soins – doivent être évaluées de façon à permettre la prise de décisions stratégiques sur une base empirique. Les données manquantes doivent être complétées de manière ciblée. Une attention particulière doit être accordée à la standardisation et à l'intégration supra-sectorielle (hôpital de soins aigus, domaine ambulatoire, soins de longue durée et réhabilitation):

a) L'encouragement de la recherche sur les services de santé doit permettre une compréhension approfondie du sur- et sous-approvisionnement en soins; également les répercussions des formes spécifiques de remboursements et des incitatifs sur l'efficacité, la qualité et l'équité dans les différents secteurs du système de santé doivent ainsi être mises en lumière.

b) Le suivi des institutions de la santé en matière d'assurance qualité et de sécurité des patients devrait être élargi aux aspects suivants:

- répercussions des systèmes de rémunération et des incitatifs sur la mise en œuvre des standards éthiques professionnels;
- nature et étendue des conflits d'intérêts entre la satisfaction des patients et les objectifs économiques, perçus par les médecins, les soignants et les autres professions de la santé;
- satisfaction professionnelle et motivation des employés;
- organisation des relations interprofessionnelles.

c) Les expériences faites par les patients et leurs proches avec le traitement et la prise en charge devraient être répertoriées et analysées systématiquement et en détail.

5. Annexes

Bibliographie

- ABIM Foundation: **Choosing Wisely Initiative**, www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx, dernier accès le 4 août 2014.
- Aiken LH, Sloan DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R et al. (2014) **Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study**. *Lancet*, Published Online February 26, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Akademien der Wissenschaften Schweiz: **Nachhaltiges Gesundheitssystem**. www.akademien-schweiz.ch/fr/index/Schwerpunktthemen/Gesundheitssystem-im-Wandel/Nachhaltiges-Gesundheitssystem.html, dernier accès le 4 août 2014.
- Barry MJ. (2012) **Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care**. *New Engl J Med*; 366: 780 – 1.
- Bartens W: **Rettet die Medizin vor der Ökonomie (2012)** Die Süddeutsche, 24. Januar; www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheits-system-rettet-die-medizin-vor-der-oekonomie-1.1161506.
- Bartholomeyczick S (1993) **Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus**, in: Badura, Bernhard/Feuerstein, Günter/Schott, Thomas (Hrsg.): *System Krankenhaus – Arbeit, Technik und Patientenorientierung*, München 1993, S. 83 – 99.
- Bartholomeyczick S (2007) **Reparaturbetrieb Krankenhaus: DRG's und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege** in «Medizin und Gewissen» der IPPNW. 21. Oktober 2006. Universität Witten.
- Berchtold P, Peytremann-Bridevaux I (2011) **Integrated Care Organizations in Switzerland**. *International Journal of Integrated Care* 11, URN:NBN:NL:UI:10-1-101304/ijic2011-10.
- Biber P (2012) **Ökonomisierung der Medizin**. DRS 2, 13. Februar. <http://drs.srf.ch/www/de/drs2/themen/wissenschaft/322554.oekonomisierung-der-medizin.html>.
- Biller-Andorno N: **Ethics of care (2012)** In: Chadwick R (ed.): *Encyclopedia of Applied Ethics*. 2nd Edition, San Diego: Academic Press.
- Biller-Andorno N, Lee TH (2013) **Ethical physician incentives – from carrots and sticks to shared purpose**. *N Engl J Med* 368: 980 – 2.
- Biller-Andorno N (2014) **Fallpauschalen in Schweizer Spitälern – eine erste Bilanz**. *Bulletin des médecins suisses* 95(6): 216 – 7.
- Binswanger M (2010) **Unsinnige Wettbewerbe**. Freiburg: Herder.
- Bioethica Forum 4(3), 2011: **Diverse Beiträge in der Schwerpunktnummer «Ressourcenallokation im Gesundheitswesen»**.
- Brawley O (2011) **How we do harm**. St Martin's Griffin.
- Brody H (2012) **From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance**. *N Engl J Med* 366: 1949 – 51.
- Brousseau E, Dedeurwerdaere T, Siebenhüner B (eds) (2012) **Reflexive Governance for Global Public Goods**. MIT Press.
- Conseil fédéral suisse (2004) **Message concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier) du 15 septembre**. www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2004/5207.pdf, dernier accès le 19 janvier 2014.
- Département fédéral de l'intérieur/Office fédéral de la santé publique (2012) **Informations générales concernant la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMaL)**. Berne.

- Evans RG (1974) **Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications.** In: Perlman, M. (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care.* Macmillan, Edinburgh, pp. 162 – 73.
- Fässler M, Wild V, Clarinval C, Tschopp A, Faehnrich JA, Biller-Andorno N (2014) **Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians.** Manuscript accepted.
- Frey B (2012) **Crowding Out and Crowding In of Intrinsic Preferences.** In: Brousseau E, Dedeurwerdaere T, Siebenhüner B (eds): *Reflexive Governance for Global Public Goods.* MIT Press.
- Gawande A (2009) **The Checklist Manifesto: How to get things right.** New York: Metropolitan Books, 2009.
- Grob D (Hrsg.) (2013) **Alt und krank – Akutgeriatrie zwischen Fürsorge und Autonomie.** Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Gutzwiller F, Biller-Andorno N, Harnacke C, Bollhalder L, Sucszy T, Gutzwiller F, Schwenkglenks M (2012) **Méthodes d'évaluation de l'utilité respectivement de la valeur des prestations médicales.** Etude pour le compte des Académies suisses des sciences.
- Hartzband P, Groopman J (2011) **The new language of medicine.** *N Engl J Med* 365(15): 1372 – 3.
- Heubel F, Kettner M, Manzeschke A (2012) **Die Privatisierung von Krankenhäusern – ethische Perspektive.** *Ethik in der Medizin*, Vol. 24; Issue 1: 85 – 6.
- Kalisch BJ, Lee KH (2012) **Missed nursing care: Magnet vs. non-Magnet hospitals.** *Nurs Outlook* 60.
- Kettner M, Koslowski P (Hrsg.) (2011) **Wirtschaftsethik in der Medizin. Wieviel Ökonomie ist gut für die Gesundheit?** Wilhelm Fink Verlag.
- Kocher G (2012) **Gesundheitsversorgung – die Schweiz im internationalen Vergleich.** *Bulletin des médecins suisses* 93: 968 – 71.
- Kühn H, Simon M (2001) **Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung.** Abschlußbericht eines Forschungsprojekts der Berliner Forschungsverbundes Public Health, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (FK: 01 EG 9525/8). Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Madörin M (2014) **Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege.** Winterthur: ZHAW.
- Maio G (2013) **Wider die Ökonomisierung der Medizin.** *Forschung & Lehre* 4: 261.
- Manzeschke A (2013) **Ressourcenzuteilung im Gesundheitswesen. Zur Logik der Leistungssteigerung und Effizienzmaximierung und ihren ethischen Grenzen.** In: Dengler K, Fangerau H (Hrsg.): *Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen: Grenzen und Alternativen. Eine Einführung mit medizinethischen und philosophischen Verortungen,* Bielefeld: Transcript: 223 – 46.
- Martin JS, Ummenhofer W, Manser T, Spirig (2010) **Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome.** *Swiss Medical Weekly*, 140, w13062, 2010.
- Marty F (2013) **Le secteur de la santé est un pilier important de notre économie.** *La Vie Economique. Revue de politique économique* 5.
- McClellan M, McKethan AN, Lewis JL, Roski J, Fisher ES (2010) **A national strategy to put accountable care into practice.** *Health Affairs* 29(5): 982 – 90.
- Meyer B (2013) **Bonus – la position de la FMH.** *Bulletin des médecins suisses* 94: 1935 – 7.
- Meyer B, Golder L, Longchamp C (2014) **Forté identification professionnelle malgré l'augmentation de la bureaucratie.** *Bulletin des médecins suisses* 95(1/2): 7 – 8, 2014.
- OECD/WHO: **OECD Review of Health Systems, 2011.** www.oecd.org/berlin/publikationen/oecdreviews-ofhealthsystemsswitzerland2011.htm, dernier accès le 11 avril 2013.

- Poledna T, Tschopp M (2011) **Der Myozyme-Entscheid des Bundesgerichts**. Jusletter 7, Februar.
- Porszolt F (2013) **Ökonomisierung oder Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung**. Public Health Forum 21(4): 33.e1–33.e3.
- Porter M (2010) **What Is Value in Health Care?** N Engl J Med 363: 2477–81.
- Rodwin MA (2013) **Institutional Corruption and the Pharmaceutical Industry**. Journal of Law, Medicine and Ethics 41: 544.
- Samuelson PA, Nordhaus WD (2007) **Volkswirtschaftslehre**. mi-Fachverlag.
- Tavaglione N, Hurst S (2012) **Why physicians ought to lie for their patients**. Am J Bioeth. 12(3): 4–12, 2012.
- Unschuld P (2009) **Ware Gesundheit**. München: C.H. Beck.
- Widmer M, Matter P, Staub L, Schoeni-Affolter F, Busato A (2009) **Regional variation in orthopedic surgery in Switzerland**. Health Place: 18, 15 (3): 761–8.
- Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N (Hg.) (2011) **DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen**. EMH-Verlag.
- Zuniga F, Ausserhofer D, Serdaly C, Bassal C, de Geest S, Schwendimann R (2013) **Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz**. Basel: Institut für Pflegewissenschaft.

Glossaire

Commercialisation Recherche de la maximisation de bénéfices qui ne sont pas réinvestis dans le système, mais privatisés.

Economicisation Orientation des structures, des déroulements et des moyens investis selon le principe de l'efficacité, c'est-à-dire selon la quête d'un rapport aussi favorable que possible entre le coût et le résultat. Les ressources économisées demeurent dans le système.

Forfaits par cas (Swiss DRG) Système tarifaire (Swiss Diagnosis Related Groups) qui prévoit une indemnisation des prestations hospitalières en soins somatiques aigus selon des forfaits par cas. Chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologies selon des critères précis tels que le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et le degré de sévérité (cf. www.swissdrg.org).

Lean Management Le lean management est l'application continue, conséquente et intégrée d'un ensemble de principes, de méthodes et d'actions pour une planification, une organisation et un contrôle efficaces de l'ensemble de la chaîne de valeur (www.oecplus.com).

Le Lean Hospital Management repose sur les cinq principes fondamentaux suivants: l'orientation vers le client, la compréhension de la chaîne de valeur, des processus excluant le gaspillage, la fourniture de prestation selon les besoins et une amélioration continue. L'approche américaine entend orienter de manière conséquente les processus de la prise en charge sur le patient et améliorer la qualité et la productivité d'un hôpital.

TARMED Tarif à l'acte détaillé pour les prestations médicales fournies dans le domaine ambulatoire et partiellement stationnaire. Il englobe environ 4500 positions tarifaires évaluées chacune avec des points tarifaires tant pour les prestations médicales que pour les prestations techniques.

Triple Aim

Reducing the per capita cost of health care
Improving the health of populations
Improving the patient experience of care

