

Entretien avec Nikola Biller-Andorno, professeure en éthique biomédicale, Université de Zurich

«La notion d'assistance est au cœur de la médecine»

Entretien: Bruno Kesseli

Dr et lic. phil., rédacteur en chef du BMS

En écho à l'exposé tenu l'automne dernier par Nikola Biller-Andorno devant les délégués à la Chambre médicale et intitulé «Bien-être du patient et économie: le médecin au service de deux causes», l'entretien présenté ici reprend quelques-uns des aspects de cette question aussi passionnante qu'actuelle pour le corps médical.

Tous sont unanimes pour dire que la Suisse a l'un des meilleurs systèmes de santé du monde. Il est également évident qu'un tel niveau de prise en charge a un coût. Où réside alors le problème?

On peut facilement se reposer sur des déclarations telles que «C'est un peu cher, mais la qualité a un coût», mais il faut aussi s'en méfier. En effet, notre système de santé fonctionne de facto si bien que nous pouvons être tentés d'en occulter les points faibles, alors que nous savons qu'ils existent.

Par exemple?

On peut se poser toute une série de questions. Les prestations que le système nous fournit sont-elles à la hauteur de notre investissement, élevé en soi? Avons-nous des données fiables pour déclarer que notre système est bon, juste et efficient? Ces données sont-elles transparentes? Pouvons-nous maintenir durablement ce système, c'est-à-dire pouvons-nous partir du principe que nos enfants et nos petits-enfants profiteront aussi d'un système de qualité éle-

vée, accessible à tous? On ne peut pas soulever ces questions sans se pencher sur les coûts. C'est un point auquel il faut réfléchir.

Est-ce du ressort des médecins?

En premier lieu, les médecins doivent naturellement se préoccuper du bien-être des patients. Mais d'un autre côté, ils devraient également contribuer à la maîtrise des coûts. Cela risque naturellement d'engendrer des conflits.

Le titre de votre exposé tenu à la Chambre médicale pose clairement les données du problème (le médecin au service de deux causes). Selon vous, quels sont les domaines particulièrement sensibles ou à risques?

Docteur en médecine et en philosophie, la Prof. Nikola Biller-Andorno est directrice de l'Institut d'éthique biomédicale et d'histoire de la médecine. Elle dirige également le Center for Medical Humanities nouvellement créé à l'Université de Zurich.



Quel système de santé laisserons-nous à nos petits-enfants? En se posant cette question, on ne peut pas, selon Nikola Biller-Andorno, occulter les coûts.

Dans mon exposé, je me réfère à la feuille de route de l'ASSM [1] qui décrit les principaux enjeux et qui pour cela les illustre par des descriptions de cas concrets. Prenons un exemple: si une infirmière n'a pas le temps de mobiliser un patient ou de changer sa position, nous sommes d'une part face à une perte de qualité liée à une augmentation mal gérée de l'efficacité. Dans le même temps, l'infirmière ressent d'elle-même qu'elle ne peut plus porter assistance comme elle le souhaiterait.

«Il peut y avoir des pertes de qualité que les paramètres que nous utilisons de manière standardisée pour la mesurer ne permettent pas de relever.»

Quelle valeur prêtez-vous à la notion d'assistance?

La notion d'assistance est au cœur de la médecine car je me mets à l'écoute de quelqu'un d'autre. Si le changement des conditions de travail la vide de sa substance, la motivation intrinsèque en pâtira, à l'instar de notre infirmière qui déclare dans la feuille de route: «J'ai appris mon métier il y a des années avec tant d'enthousiasme et voilà comment je suis devenue aujourd'hui, je refuse de lever une patiente.» On a beaucoup à perdre d'une hausse de l'efficacité mal gérée ou d'une maximisation maladroite du profit.

Les premières études indiquent que très peu de choses ont changé dans les hôpitaux depuis l'introduction des DRG. Les exemples que vous évoquez dressent un tableau différent. Comment l'expliquez-vous?

Cela dépend de ce que vous regardez. Il existe par exemple des études qui indiquent que la durée d'hospitalisation n'a pas beaucoup changé. La question est de savoir si on se satisfait de ce genre de déclarations. Mais on ne peut pas en tirer la conséquence que rien n'a changé en termes de qualité. Il peut y avoir des pertes de qualité que les paramètres que nous utilisons de manière standardisée pour la mesurer ne permettent pas de relever.

Comment relever ces changements?

La vue d'ensemble doit être complétée par des études empiriques qui analysent les impressions de ceux qui exercent réellement pour le système de santé, notamment donc les médecins, le personnel soignant mais aussi les personnes qui exercent une autre profession du domaine de la santé. Nous avons appliqué cette approche à une étude menée dans le cadre d'un projet IDoC* [2] financé par le FNS. Une des parties de ce projet a consisté à enquêter auprès de médecins hospitaliers de différentes disciplines, dont la médecine

interne, la chirurgie et l'anesthésie, en veillant à ce que les différents niveaux hiérarchiques soient également bien représentés.

Et précisément, quels problèmes avez-vous abordés?

La question suivante a été au centre de notre démarche: lors du traitement des patients, le médecin a-t-il l'impression que les décisions prises sont autres que celles qui auraient été prises en ne tenant compte que du bien-être du patient? Il s'est donc agi de savoir si les considérations économiques ont un impact sur l'évolution des traitements médicaux et si la qualité et l'équité des soins s'en ressentent.

Et qu'en est-il ressorti?

Il est intéressant de constater que la qualité des soins dans son propre service est majoritairement perçue comme bonne à très bonne. Parallèlement, l'étude indique que des constellations sont apparues au détriment de la qualité des soins, notamment en lien avec des sorties d'hôpital prématurées ou tardives pour motifs économiques, ou en lien avec différentes formes de pénurie ou de surabondance de soins. Enfin, l'introduction des DRG s'accompagne plutôt d'une baisse de la satisfaction au travail.

Pouvez-vous nous donner un exemple concret des questions posées?

Nous avons par exemple demandé si, dans leur envi-



«On a beaucoup à perdre», s'exclame Nikola Biller-Andorno à propos d'une hausse de l'efficacité mal gérée.

* IDoC: Assessing the Impact of Diagnosis Related Groups (DRGs) on patient care and professional practice

ronnement professionnel, les personnes interrogées ont vu au cours des six derniers mois qu'une mesure qui aurait été utile et favorable à un patient n'a pas été exécutée pour des raisons de coûts ou a été remplacée par quelque chose de moins cher et de moins efficace.

Quel a été le résultat?

Vu la bonne situation en Suisse en matière de ressources, je m'attendais à ce que la grande majorité réponde: «Nous ne rencontrons jamais cette situation.» Pourtant cette réponse ne nous a été donnée que par un tiers environ des sondés. Les deux tiers restants ont répondu: «Nous rencontrons cette situation», mais à des fréquences différentes.

Ce sont des résultats alarmants.

Qu'en conclure?

Ce genre d'enquête ne suffit bien évidemment pas à expliquer précisément comment la prise en charge médicale évolue. En revanche, c'est certain, ces résultats indiquent de manière explicite la nécessité d'approfondir la question et d'y regarder de plus près. Comment se fait-il qu'une part importante de médecins déclare: «Il nous arrive de faire du sous-appvisionnement»?

«Les médecins agissent davantage selon des critères économiques qu'ils ne le souhaiteraient réellement.»

La tendance opposée, la surabondance, existe-t-elle également?

Oui. Elle existe. Nous avons demandé si des interventions chirurgicales étaient réalisées pour des raisons économiques sans être absolument nécessaires. Là aussi, près de la moitié des sondés a indiqué avoir vu ce genre d'intervention au cours des six derniers mois.

Est-il possible d'estimer de manière probante si la situation a changé suite à l'introduction des DRG? Ou était-ce déjà comme ça avant leur introduction?

Nous n'avons pas encore de perspective à long terme. Peu avant l'introduction des DRG, nous avons également mené une enquête pour suivre de près les différences. Son analyse est en cours. Mais indépendamment des DRG, qui ne sont qu'un système incitatif parmi d'autres, il serait absolument souhaitable de mettre en place un monitoring de la qualité global et obligatoire. Les données peuvent avoir un impact très important.

Avez-vous des indices précisant que les médecins, hommes ou femmes, ressentent un malaise à faire le grand écart entre intérêts économiques et intérêts médicaux?

En considérant que chaque médecin tient aussi bien compte du bien-être des patients que des intérêts économiques de son hôpital, nous avons demandé aux médecins comment ils se rangeraient sur une échelle de 1 à 10; la valeur 10 signifiant tenir exclu-

«De manière générale, les organes de pilotage du domaine de la santé ne devraient en aucun cas renoncer à l'expertise et aux connaissances du corps médical.»

sivement compte des intérêts des patients et la valeur 1, uniquement les intérêts économiques de l'institution. Avec 7,7, en moyenne, les médecins interrogés souhaitent se voir du côté des patients, mais dans leur environnement professionnel réel, ils se donnent la note de 5. On peut ainsi en déduire que les médecins agissent davantage selon des critères économiques qu'ils ne le souhaiteraient réellement.

Que concluez-vous de ce résultat?

On note, aujourd'hui, un écart manifeste entre les exigences des médecins et la réalité du terrain, qui peut déboucher sur un stress psychologique ou de l'insatisfaction. Mais avec cet instrument, il sera également intéressant d'observer l'évolution au fil du temps. Peut-être que demain, il existera des générations de médecins pour lesquelles un résultat de «fifty-fifty» sera parfaitement satisfaisant et qui considéreront que les deux côtés de l'échelle sont équivalents. Ce sont des questions dont on doit débattre avec la société.

La pression économique offre-t-elle aussi des opportunités? Des initiatives comme «Choosing wisely» ou «Smarter Medicine», visant à éviter des pratiques médicales inefficaces, ont reçu un écho large et positif.

Plus le système de santé deviendra cher, plus nous devrons regarder les coûts. De ce fait, il est inévitable que l'économie s'invite dans le débat. Mais les médecins doivent impérativement jouer un rôle actif lorsqu'il s'agit de garantir la durabilité du système et d'éviter les excès / le gaspillage.

Les médecins doivent donc indiquer aux économistes et aux politiciens de la santé où il est possible d'économiser sans perte de qualité?

Il est certainement bon que prioritairement les managers se chargent des coûts et les médecins du bien-

être des patients. Mais cette répartition des tâches ne doit en aucun cas signifier que les médecins ne doivent rien avoir affaire avec les questions économiques. Car alors il y aurait polarisation, la compétence et le savoir des médecins manqueraient. Ce sont eux qui peuvent apprécier si ce qu'on veut laisser de côté peut l'être sans impacter négativement la qualité ou peut même être bénéfique au patient. Si de telles mesures sont décrétées de l'extérieur, leur résultat sera nettement moins efficace que si les médecins avaient été consultés.

Où et comment les médecins doivent-ils être consultés? Au niveau des organes politiques, de l'administration, des caisses-maladie, de la direction des hôpitaux?

Différentes pistes sont possibles. Les initiatives déjà mises en place comme «Choosing wisely» sont certainement très pertinentes. Dans le domaine des HTA (Health Technology Assessments), il est impératif de collaborer étroitement avec le corps médical. De manière générale, les organes de pilotage du domaine de la santé ne devraient en aucun cas renoncer à l'expertise et aux connaissances du corps médical avant de prendre une décision s'ils veulent obtenir de bons résultats à long terme. Une meilleure intégration de l'éthique médicale pourrait permettre d'éviter une trop forte concentration sur les chiffres comme les volumes de patients et les résultats d'exploitation.

Pour finir, un dernier regard général: quelle direction préconisez-vous pour développer notre système de santé face aux enjeux économiques actuels?

Je pense que la clé ne peut résider que dans un triple objectif, comme celui énoncé dans le concept «Triple Aim». Nous voulons en premier lieu une bonne prise en charge individuelle du patient. Nous voulons également une prise en charge adéquate de la population, qui met les priorités aux bons endroits et qui s'attaque aux vrais problèmes. Et enfin, nous voulons



Pour Nikola Biller-Andorno, un bon système de santé se distingue par le fait que les médecins ne sont pas tenus d'accepter des «compromis douteux».

aussi que les coûts ne deviennent pas incontrôlables et que nous bénéficierons de prestations à la hauteur de ce que nous avons investi. Dans ce système de santé, les médecins ne doivent ni capituler ni être tenus d'accepter des compromis douteux, mais au contraire pouvoir pratiquer une médecine axée sur le bien-être des patients tout en intégrant la réalité économique.

- 1 Médecine et économie – quel avenir? Feuille de route de l'Académie Suisse des Sciences Médicales: Résumé et recommandations. Bull Méd Suisses. 2014;95(43):1598–1600. La feuille de route complète peut être consultée en PDF à l'adresse internet suivante: www.samw.ch/fr/Projets/Economicisation-medicine.html
- 2 Fässler M, Wild V, Clarinval C, Tschopp A, Faehrich J, Biller-Andorno N. Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians. Swiss Med Wkly. 2015;145:w14080.