

Johannes Brühwiler, membre du comité de MFE

## Le médecin de famille et les DRG – chances et craintes



Tout d'abord, soyons clairs: le système actuel des forfaits journaliers est insuffisant et injuste. Il donne une image totalement déformée de la performance, de la qualité et de l'ensemble de l'investissement des professionnels de la santé dans les hôpitaux. L'introduction d'un nouveau système ouvre toute l'étendue des débats autour de la médecine, de l'éthique, de l'économie, des ressources et de leur répartition. Par l'éco-

nomicisation de la médecine, on donne la préférence aux prestations mesurables et quantifiables, c'est-à-dire uniquement aux aspects techniques et à la spécialisation. On attend cependant de la médecine actuelle qu'elle réponde à un besoin holistique. Aussi bien chez le médecin de famille qu'à l'hôpital, l'être humain veut être perçu et compris dans toute son individualité, et non comme le seul support d'un organe fonctionnant mal qu'il s'agit de réparer ou de remplacer.

Vu sous cet angle, aucun système de codage ne peut être approprié, car les simplifications qu'il implique sont irrecevables. On ne peut coder et calculer qu'à partir de mesures et de chiffres. A l'origine, les DRG avaient été développés pour des interventions chirurgicales simples qui se laissent standardiser, alors que la médecine couvre un espace bien plus vaste. Il faut dès lors moyenner et pondérer des réalités qui ne se prêtent ni à la standardisation ni à la mesure, et même les économistes auront de la peine à satisfaire à cette exigence.

A cet égard, le débat présent sur les soins intégrés et le *managed care* présente un intérêt particulier. Il semble que l'on aille au-devant d'un besoin nouveau de réduire la fragmentation de la médecine actuelle. La conséquence en serait d'assurer la place qui lui revient à celui qui réussit à réduire la fragmentation et à favoriser une approche globale. Et il faudrait allouer aux soins intégrés des investissements tout aussi importants que ceux qui sont nécessaires à la mise en œuvre des DRG. Cela signifie, entre autres, qu'il faut investir dans la formation du personnel de santé, en particulier dans celle des médecins, et avant tout dans celle des médecins de famille qui sont les garants d'une médecine intégrée.

Il faut ramener les exigences des SwissDRG à la réalité. Prétendre qu'avec leurs mesures concomitantes, les SwissDRG assurent une autonomie à la médecine, c'est jeter de la poudre aux yeux. Le cadre économique est fixé et nous sommes obligés de nous y tenir. Il en va de même de la qualité. Ce n'est pas tout à fait juste de dire que le prix résulte aussi bien des prestations que de leur qualité.

---

**Le réseautage sera décisif. Nous sommes les grands acteurs des réseaux et nous devons les piloter activement.**

---

Seule la prestation est chiffrée et évaluée. Dans le système des DRG, la qualité n'existe pas, elle se trouve reléguée aux rapports concomitants de H+ et de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ); il n'existe aucun algorithme traduisant la qualité en termes de valeur économique.

Nous attendons qu'on le dise de façon claire: le système des DRG est une simple base d'indemnisation axée sur la prestation, totalement inapte à rendre compte de la complexité médicale en relation avec la personne. Par conséquent il est impératif d'effectuer une recherche concomitante ciblée. Il faut évaluer et publier l'impact du passage au nouveau système, en particulier sous l'angle de l'évolution de la qualité des soins (focalisés sur le patient) et de la qualité du travail dans les professions de la santé.

Le système des forfaits par cas va entrer en vigueur. Il vaut la peine que les médecins de famille s'y préparent et qu'ils saisissent les chances qui se présentent à cette occasion. Nous les médecins de famille, nous sommes les initiateurs des «algorithmes de prise en charge des patients», nous devrions y réfléchir dès aujourd'hui et nous y atteler.

Dans l'hôpital de notre région, nous disposons d'une plateforme de contact définie où nous pouvons déposer les données de base de nos patients lors des admissions aux urgences. Les hôpitaux doivent assurer une transmission de l'information rapide sur les hospitalisations en urgence, afin que nous puissions apporter rapidement nos informations sur le dossier du patient et son contexte social. De la même manière, nous nous impliquons dans la planification des sorties. Par exemple, nous avons fréquemment élaboré des dispositions avec nos patients et il arrive souvent que nous soyons leur personne de confiance. Il est important que nous puissions faire confluer rapidement ces conventions dans les processus de décision.

Le réseautage sera décisif. Nous sommes les grands acteurs des réseaux et nous devons les piloter activement. Nous avons la chance de vivre les soins intégrés au quotidien et de les mettre en œuvre pour le bien des patients. Comme représentants de sa globalité, nous sommes la clé du système. Dans toutes les questions qui s'ouvrent dans le nouveau système, on fait appel à nous pour représenter les patientes et les patients, simplement en tant que médecins de famille. Le temps est largement venu d'intervenir dans les négociations, ainsi que de clarifier et d'institutionnaliser notre collaboration avec les hôpitaux.

Le réseautage sera décisif. Nous sommes les grands acteurs des réseaux et nous devons les piloter activement. Nous avons la chance de vivre les soins intégrés au quotidien et de les mettre en œuvre pour le bien des patients. Comme représentants de sa globalité, nous sommes la clé du système. Dans toutes les questions qui s'ouvrent dans le nouveau système, on fait appel à nous pour représenter les patientes et les patients, simplement en tant que médecins de famille. Le temps est largement venu d'intervenir dans les négociations, ainsi que de clarifier et d'institutionnaliser notre collaboration avec les hôpitaux.