

Bertrand Kiefer, Daniel Widmer

Primum non nocere! Les DRG et le principe de non malfeasance

Un entretien de la rédaction avec Bertrand Kiefer. Bertrand Kiefer est rédacteur en chef de la Revue médicale suisse et membre de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine.

Daniel Widmer: Les DRG sont-ils inéluctables en médecine ambulatoire?

Bertrand Kiefer: Inéluctables non, mais il y aura de forts incitatifs. Le 1^{er} janvier 2012 ils seront introduits dans les hôpitaux, et il est bien probable que quelques années après ce sera le tour de la médecine ambulatoire. Les DRG échappent au débat démocratique: ils sont pilotés par Swiss DRG AG qui décidera de la rémunération des groupes de diagnostic, du degré d'innovation acceptable, etc. Font partie de cette société, les assureurs maladie, H+, la CDS et la FMH, mais aucune association d'infirmières ou de patients: la finance d'entrée est en effet très élevée. Swiss DRG est une boîte noire où le débat public est exclu; si la médecine ambulatoire et la médecine générale finissent par adopter les DRG, ce sera probablement cette même société qui décidera les caractéristiques de leur avenir.

Mais pourquoi ces DRG?

Il y a clairement dans le monde un renforcement de la pensée managériale et de la volonté de contrôle économique, de quantification. Les DRG sont une expression de cette vision. Elle n'est pas spécifique à la médecine, mais la médecine a une spécificité et inévitablement elle ne pourra plus remplir sa mission: il y aura des dégâts. Efficience et qualité ne suffisent pas, il y a la question du but et ce n'est pas aussi simple que dans l'industrie. Il ne s'agit pas de sortir une Toyota de qualité; en médecine le but tient à l'individu. Il y a une tension au cœur de la médecine entre la norme individuelle et la norme collective qu'il ne faut pas chercher à réduire. Les DRG ne cherchent la solution à cette tension que d'un seul côté.

Quels sont les dangers des DRG pour la médecine générale?

Les DRG vont permettre de discriminer les cas non rentables des cas rentables. Les patients non rentables trouveront plus difficilement de la place dans le système hospitalier ou seront externalisés, c'est-à-dire sortis de l'hôpital encore «saignants». Il y aura peut-être aussi un système de tourniquet avec des sorties et des réentrées. Tous ces cas vont charger la médecine ambulatoire. Cela c'est dans un premier temps, dès le premier semestre 2012. Si l'on introduit dans un 2^e temps les DRG en médecine ambulatoire on exclut sa spécificité. Le but de l'activité du médecin de famille n'est en effet pas de poser un diagnostic mais de gérer l'incertitude, d'accompagner les gens, de les rendre libres selon des critères qui leur sont propres. Il n'y a pas que des diagnostics simples, il y a beaucoup de patients polymorbides, que l'on ne peut pas simplement classer en diagnostics. La polymorbidité est en soi un nouveau diagnostic. En réalité, elle est même un diagnostic émergent, d'un autre type.

Mais le diagnostic n'est-il pas l'essence de la médecine?

S'il y a quelque chose de profondément humain, en effet, c'est de nommer. Mais quand cette activité forte symboliquement, qui peut être efficace scientifiquement, est récupérée par la gestion, on s'enlève toute souplesse d'évolution ou de modification dès que ces mots sont posés. Dès lors que le diagnostic sera dans la machine, il sera très difficile de le reconfigurer. Or, le langage médical doit pouvoir être soumis à l'évolution et à la recherche. Il y a aussi ce problème que la médecine n'utilise pas que des noms, mais aussi un discours, un ensemble symbolique

plus vaste. Quand on pose un diagnostic, les gens vont vivre ce diagnostic de façon différente et ce n'est pas pris en compte par les DRG. Pour en revenir au danger des DRG, qui sera pénalisé? Ce sont les patients vulnérables et, au-delà, la vulnérabilité en chaque patient. Puisqu'on est sensé agir de façon standardisée, la particularité, la fragilité en chacun de nous sera niée. Par ailleurs, les DRG vont à l'encontre de l'éthique professionnelle et de son enseignement, où l'on apprend à se centrer sur le patient, sur ses émotions, ses représentations, dans une décision partagée. Confronté à un système DRG rigide avec des interventions standardisées, le soignant vit une situation intenable, aux prises avec des injonctions paradoxales. La souffrance des soignants peut devenir majeure au cœur de cette contradiction. Cette tension doit être résolue à un niveau supérieur et non par le soignant. Qui voudra faire un métier qui rend fou? Les DRG ne sont pas une façon de promouvoir la médecine générale ...

Comment résoudre cela à un niveau supérieur?

Les praticiens devraient interpeller le pouvoir: en Allemagne on a rencontré de véritables problèmes. Qu'est-ce qui est prévu en Suisse pour les prévenir? Il doit y avoir un accompagnement éthique des DRG, avec de véritables compétences de changement du système – et pas seulement une «recherche éthique d'accompagnement», comme il est planifié.

La médecine générale est au cœur de la complexité. Les gestionnaires veulent des indices; pourquoi ne pas leur donner un indice de complexité plutôt qu'un diagnostic?

Il ne faut pas accepter un système rigide. Mais si les DRG sont imposés il faudra introduire des critères de complexité. Tout en sachant que la pratique médicale n'est pas réductible à la quantification, il s'agira tout de même d'arriver à un certain compromis. Il sera difficile de s'opposer complètement, mais il importe de préserver les spécificités de la médecine générale et de rappeler les finalités: l'attention à la personne et l'accompagnement de la souffrance avant tout. Le risque est qu'avec les DRG on repousse l'activité relationnelle et compassionnelle vers le bénévolat ou les marges de la médecine. Les médecins chercheront certes pour chaque patient des diagnostics qui leur permettent d'obtenir le meilleur budget de soins possible, mais ils seront face à une armée de codificateurs pour contrôler le codage – ce qui, soit dit en passant, rajoutera une couche administrative, financée sur l'enveloppe globale. Dans le système ambulatoire, ils risquent de prendre le maquis. A l'hôpital il y a trop de hiérarchie pour que les soignants puissent manifester une résistance autre que symbolique.

Et le secret médical dans tout cela?

Il est à l'évidence mis à mal. Mais soyons francs: dans la population, le secret médical n'est plus un enjeu, à l'heure où les gens parlent de leur santé à la TV ou sur Internet. Tout le monde veut se montrer. Ce sont les populations vulnérables qui ont à craindre. Le problème c'est que les malades, en particulier chroniques, sont une minorité peu visible. C'est d'elle dont on doit témoigner comme médecin et c'est elle que concerne avant tout le primum non nocere. On doit juger les DRG à l'aune de cette population.

Correspondance:

Dr Bertrand Kiefer

Rédacteur en chef

Médecine et Hygiène

Case postale 475

1225 Chêne-Bourg; bertrand.kiefer@medhyg.ch