

Ruth Baumann-Hölzle

Des soins curatifs aux usines à santé – de l'économie du salut à un marché de la santé

Réflexions éthiques sur l'évolution de la mission des hôpitaux à l'occasion de l'introduction des forfaits par cas

L'introduction dans les hôpitaux des forfaits par cas (*Diagnosis Related Groups, DRG*) prévue en 2012 devrait apporter plus d'efficacité, de transparence et par là même de possibilités de comparaison entre les prestations fournies. Le but de cette mesure est de permettre de répartir les moyens mis à la disposition des hôpitaux, et donc finalement des patients, de manière plus effective et équitable. L'introduction des forfaits par cas atteste de la nécessité d'une réforme du système actuel de financement des hôpitaux, afin de garantir une répartition plus correcte, sinon plus équitable, des ressources entre les établissements hospitaliers. Cela démontre notamment qu'en Suisse les mêmes prestations sont facturées très différemment. Par ailleurs, on espère que les forfaits par cas contribueront à diminuer les coûts des soins de santé. Ceux-ci augmentent actuellement de manière si fulgurante que l'écart entre l'offre croissante de soins et le prix que la population est prête à payer ou peut payer est de plus en plus important. L'article qui suit s'interroge sur la possibilité pour l'introduction des forfaits par cas de contribuer à la solution des problèmes et sur les questions éthiques qu'ils soulèvent.

Avec les forfaits par cas, nous assistons à une inversion des paradigmes de financement du traitement des patients. Au lieu de calculer ce financement concrètement sur les dépenses nécessaires aux différents patients comme c'était le cas jusqu'à maintenant, dans le futur seul un montant forfaitaire sera payé pour une indication donnée. La question se pose de savoir si cette inversion des paradigmes de financement conduira à une baisse de la qualité, tant au niveau du traitement et de la prise en charge des patients qu'à celui des conditions d'engagement du personnel.

A quelles modifications devons-nous nous attendre ?

A la différence de l'Allemagne, les forfaits par cas des patients ne seront définitivement déterminés en Suisse qu'au moment de la sortie de l'hôpital. Ainsi, des diagnostics complémentaires pour lesquels une prise en charge hospitalière est nécessaire pourront également être posés au cours d'un même séjour. Comme seules les prestations qui sont documentées peuvent être facturées, les forfaits par cas conduiront à une documentation beaucoup plus précise des prestations effectivement fournies et ainsi à une plus grande transparence. Il sera donc plus facile de comparer les hôpitaux entre eux.

La nouveauté réside également dans le fait qu'au cours d'un séjour hospitalier on ne pourra plus fournir de prestations qui seraient également réalisables en ambulatoire. Toutefois, l'incertitude demeure sur le financement dans le futur des prestations qui, bien que fournies à l'hôpital, ne sont pas rattachées à un diagnostic. Appartiennent entre autres à cette catégorie l'engagement social du personnel auprès des patients ayant besoin d'une prise en charge particulièrement lourde, les formations, l'assurance qualité, ainsi que les rénovations. Ces prestations doivent-elles, et si oui comment, figurer dans les forfaits par cas? Ces questions renvoient à la question fondamentale de la mission des hôpitaux au sein de la société suisse.

Quelle est la mission d'un hôpital ?

Comme le montre l'apparition et le développement de l'institution «hôpital», sa mission et son rôle économique n'ont cessé d'évoluer. Les sources historiques nous enseignent que dans l'histoire de l'humanité, l'art de soigner et de guérir a très vite compté au nombre des activités exercées, par des femmes le plus souvent [1]. Le soin aux malades en tant qu'institution s'est d'abord étendu au monde occidental avec le développement et la propagation du christianisme. Les chrétiens se sentaient moralement obligés d'être charitables [2]. Au cours de cette évolution, une tension durable apparaît entre l'engagement caritatif en faveur des personnes défavorisées (soins de santé), basé sur des valeurs chrétiennes, et leur appropriation économique. L'engagement caritatif pour les soins curatifs a tout d'abord été accaparé par ce que l'on a appelé «l'économie du salut». Dans le cadre de cette doctrine, le service du prochain ne trouve pas sa source dans la charité, mais dans l'espoir de gagner son paradis en étant au service de son prochain [3]. Cette motivation a été à la base de la fondation de nombreux hôpitaux au Moyen-Âge. Dans la foulée du processus de sécularisation, les bâtiments hospitaliers devinrent ensuite à partir du XVIII^e siècle un élément de prestige des villes.

On observe aujourd'hui sur le marché de la santé la même appropriation économique de l'engagement caritatif en faveur de la bonne «santé» transcendante. Avec pour conséquence que l'engagement caritatif en faveur de la bonne «santé» est de plus en plus réduit au rétablissement du fonctionnement physique et psychique. Le patient n'est plus traité globalement comme une personne, mais se rend plutôt dans un hôpital «cabinet de santé».

De mon point de vue, c'est là que réside le fond du problème de l'introduction des forfaits par cas. Aujourd'hui, à côté des traitements médicaux et thérapeutiques indiqués au cours de la maladie d'un patient, le personnel hospitalier fournit également des prestations sociales telles que l'accompagnement de la famille, l'organisation des interfaces, et des prestations complémentaires qui pourraient également être fournies en ambulatoire. Pour l'heure ces prestations ne figurent pas dans les forfaits par cas. La question se pose donc: à l'avenir, qui devra fournir ces prestations sociales si importantes? Les soins de transition en sont un exemple. Quand les patients sont bien entourés, ils peuvent être renvoyés assez vite chez eux. Mais qu'advient-il de ceux qui vivent seuls ou dont les proches se sentent dépassés? Auparavant, on les gardait plus long-

La qualité du traitement ne peut être maintenue telle quelle que si, au moment de la détermination du «taux de base», les forfaits par cas ne couvrent pas uniquement les ressources nécessaires au rétablissement des fonctions corporelles, mais intègrent également les tâches à caractère social et les autres missions importantes des hôpitaux.

temps à l'hôpital. Que leur arrivera-t-il dans le futur si aucun soins de transition ne leur sont proposés? Pour les personnes en relativement bonne santé et/ou bien entourées, l'introduction des forfaits par cas posera peu de problèmes. Mais qui accompagnera à l'avenir le patient âgé ou fragile chez l'ophtalmologiste? Son épouse tout aussi fragile et peut-être même démente par exemple? Qui considère une telle situation comme acceptable ou non? Si l'on observe cette situation sous un angle purement sociétal, la question se pose: cela ne reviendrait-il pas encore moins cher à la société si toutes ces prestations étaient fournies au même endroit ou si les patients ne devaient pas en plus prendre congé, etc. Par ailleurs, le renvoi des prestations fournies jusqu'alors par les internes des hôpitaux vers le secteur ambulatoire le plus onéreux par exemple revient probablement encore plus cher à la société.

L'inversion du paradigme dans le système de financement ne doit pas obligatoirement conduire à une diminution de la qualité des traitements et de la prise en charge des patients. Mais la qualité ne peut être maintenue telle quelle que si, au moment de la détermination du «taux de base», les forfaits par cas ne couvrent pas uniquement les ressources nécessaires au rétablissement des fonctions corporelles, mais intègrent également les tâches à caractère social et les autres missions importantes des hôpitaux. Si les forfaits par cas sont néanmoins à ce point limités que l'engagement social et caritatif n'y a plus sa place, qui prendra ces tâches en charge? On peut certes argumenter que les coûts nécessaires à l'engagement social des hôpitaux incombent au secteur social et non au système de santé, ce que l'argument de la médicalisation actuelle des problèmes sociaux vient étayer. Mais il n'est absolument pas certain que la volonté de financement de ces prestations existe vraiment dans le domaine social.

Grâce à une amélioration de la transparence du système, les forfaits par cas peuvent contribuer à un partage plus équitable des ressources en comparaison avec la situation actuelle. Par ailleurs, ils peuvent aussi participer à la baisse des prix des médicaments et des produits médicaux. Cependant, les forfaits par cas ne conduiraient pas à une baisse de la qualité des traitements et des prises en charge que s'ils tenaient compte de l'ensemble des fiches de

traitement et de prise en charge des patients avec toutes les interfaces, établissent des standards de qualité obligatoires et prennent en compte les aspects sociaux. Quelle que soit l'entité qui fournit ces prestations et les finance – elles font partie de la société humaine. L'humanité et la solidarité ne commencent pas plus à la porte de l'hôpital qu'elles n'y finissent. Parce qu'une société humaine doit fournir un espace de sécurité au faible et au malade, même si ceux-là ne sont pas financièrement rentables. Mais, compte tenu des ressources toujours plus limitées, la société doit également utiliser les moyens disponibles le plus efficacement possible et évaluer leur rapport coût-efficacité. C'est la seule manière d'empêcher que l'engagement caritatif social ne soit accaparé par des intérêts particuliers et que le système de santé ne soit dévoyé. Un hôpital n'est pas seulement une entreprise et le système de santé n'est pas vraiment un marché.

Références

- 1 Dictionnaire historique de la Suisse (DHS). Hôpital, 1 – Moyen-Âge. Informations : <http://hls-dhs-dss.ch/textes/f/F16579-2-1.php?PHPSESSID=c135bb15e7a2096c73ca6f34ba7f2072>.
- 2 Leibbrand W. Heilkunde – Eine Problemgeschichte der Medizin. Fribourg, Munich; 1954:131.
- 3 Schaper HP. Krankenwartung und Krankenpflege. Tendenzen der Verberuflichung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Opladen; 1987:1892.

Pour plus d'informations sur ce thème:

- Ohler N. Sterben und Tod im Mittelalter. München; 1990.
Schipperges H. Die Kranken im Mittelalter; München; 1993.
Mollat M. Die Armen im Mittelalter. München; 1984.

Correspondance:

Ruth Baumann-Hölzle Dr en théologie
Directrice de l'institut interdisciplinaire Dialog Ethik
pour l'éthique en santé publique
Dialog Ethik
Schaffhauserstrasse 418
8050 Zurich
rbaumann@dialog-ethik.ch