

Pierre Loeb, Alexander Kiss, Esther Hindermann, Alexander Minzer

L'introduction des DRG constitue-t-elle une menace pour le traitement global des patients souffrant de troubles psychosomatiques?

Entretien avec le Prof. Alexander Kiss, responsable du service de médecine psychosomatique de l'hôpital universitaire de Bâle, le Docteur Esther Hindermann, responsable du service de médecine psychosomatique de la clinique Barmelweid, et le Docteur Alexander Minzer, médecin de famille à Rothrist et président désigné de l'Académie suisse pour la Médecine Psychosomatique et Psychosociale (ASMPP).

PrimaryCare: *Compte tenu de votre fonction, quel regard portez-vous sur la création des nouveaux DRG? Vont-ils avoir un quelconque effet sur votre travail actuel ou sur la manière dont il est honoré?*

Esther Hindermann: L'introduction des DRG va sans conteste influencer le traitement stationnaire des maladies psychosomatiques, notamment par le biais d'une pression accrue sur la durée des traitements stationnaires et du déplacement recherché du domaine stationnaire au domaine ambulatoire.

Alexander Kiss: L'introduction des DRG influence non seulement le domaine ambulatoire mais également le domaine stationnaire de l'hôpital. Il nous faut changer notre manière de penser, réfléchir en termes économiques plutôt qu'en termes de psychothérapie. En tant que responsable du service, j'attache beaucoup d'importance au degré de couverture des coûts: «Puis-je me le permettre?» Pour mes patients comme pour moi-même, cette question peut être synonyme de perte de liberté. On ne sait pas encore non plus qui paiera la formation postgraduée.

Et la manière dont l'introduction des DRG se répercutera sur le secteur ambulatoire de l'hôpital n'est pas établie clairement. Il existe un risque que les offres ambulatoires non rentables, par exemple les groupes d'échange sur la douleur destinés aux patients étrangers, ne soient plus organisés. Les médecins de famille ne le feront pas, parce qu'ils n'ont pas le temps et que cela n'est pas rentable financièrement.

Alexander Minzer: Il n'est pas aussi simple de répondre à la question dans l'optique du médecin de famille intéressé par la médecine psychosomatique qui exerce dans le domaine ambulatoire. Comme le montre les premières analyses effectuées en Allemagne, où les DRG ont été mises en place depuis un certain temps, il est toutefois évident que les DRG constitueront une menace sérieuse pour la qualité du système de santé suisse. La qualité des soins va se dégrader et le système de santé sera encore plus coûteux qu'il ne l'est déjà.

Notamment dans la perspective de la médecine psychosomatique et de la médecine de famille, nous sommes habitués à travailler avec plusieurs hypothèses de travail. Or, les DRG visent un diagnostic clair et le remboursement des coûts correspondants. Ce modèle de remboursement est tout simplement irréalisable avec des patients polymorbides qui constituent le gros de la clientèle d'un cabinet de médecin de famille (également tourné vers la médecine psychosomatique). D'une part, l'attribution des symptômes aux

diagnostics correspondants, telle qu'elle est exigée pour une hospitalisation stationnaire n'est pas toujours évidente et parfois même impossible. D'autre part, la médecine de famille ou le psychosomaticien exerçant dans le domaine ambulatoire devront faire face à un afflux de patients sortant de l'hôpital pour des raisons économiques et représenteront l'unique interlocuteur pour ces patients insuffisamment soignés. Il me semble tout à fait impossible d'amortir cette évolution avec les ressources décroissantes de la médecine de famille. Sans compter que le coût de la médecine ambulatoire va grimper en flèche.

Le psychosomaticien exerçant dans le domaine ambulatoire sera confronté à un nombre croissant de patients non traités et insuffisamment diagnostiqués à l'hôpital pour des raisons économiques. On peut se demander comment une médecine adaptée pourrait encore être possible dans de telles conditions.

La tentative totalement inappropriée d'économistes uniquement intéressés par le profit pour rémunérer la médecine sur la base du diagnostic est impossible à mettre en œuvre, contrairement à l'éthique et ne permettra certainement pas de contenir les coûts. L'être humain n'est toujours pas une marchandise comparable à une voiture, à un téléviseur ou à un kilo de pain.

Quelles seront, selon vous, les conséquences à moyen et long terme de la création des DRG sur le traitement des patients souffrant de maladies psychosomatiques?

Esther Hindermann: Des forfaits de soins seront également introduits en 2012 pour les soins psychosomatiques stationnaires. Nous ne savons toutefois pas encore quel système (aigu / réadaptation / le cas échéant psychiatrie) permettra de régler les traitements psychosomatiques gourmands en personnel dans les cliniques de médecine interne. Il est encore impossible pour l'instant de prévoir précisément les conséquences à moyen et long terme.

Alexander Kiss: Pour tout dire, personne ne sait encore quel sera le bénéfice de ces mesures, mais à mon humble avis il faut plutôt s'attendre à une dégradation des soins. Il est à craindre que la tendance soit à l'abandon des clarifications et traitements psychosomatiques complémentaires lors de l'introduction des forfaits par cas.

Alexander Minzer: Dans l'optique de la médecine ambulatoire, il faut s'attendre pour la prise en charge des patients souffrant d'affections psychosomatiques, à une pénurie de soins massive par les collègues travaillant dans ce domaine. Les DRG ne permettront pas de réaliser des soins globaux, tels qu'ils se pratiquent encore pour l'instant dans une clinique à vocation psychosomatique, car ils ne sont pas rentables financièrement. Les patients souffrant de douleurs chroniques ne pourront plus bénéficier d'une prise en charge complète, adaptée à l'intensité de leurs souffrances. Une fois de plus, les malades chroniques et les éléments les plus faibles de la société seront les victimes.

Les patients deviennent désormais un «diagnostic» ou une source de revenus.

Les «douleurs somatoformes», le «colon irritable» ou l'«asthme psychogène» sont complexes et difficiles à diagnostiquer et à traiter et dégageront difficilement des bénéfices pour l'hôpital. Aussi, les économistes des hôpitaux finiront-ils tôt ou tard par les rejeter comme motif d'hospitalisation. Un écrémage, notamment dans les hôpitaux privés du segment opératoire, finira par voir le jour pour que les hôpitaux survivent et, mieux encore, dégagent des profits. Les maladies chroniques relevant du domaine psychosomatique ne pourront dès lors plus faire l'objet de traitements stationnaires pour des raisons de coûts et de rentabilité.

Lors de la mise au point des DRG, avez-vous d'une quelconque façon pu faire valoir vos besoins et ceux-ci ont-ils été pris en compte.

Alexander Minzer: Les collègues travaillant dans les soins (psychosomatiques) de base ambulatoires n'ont absolument pas eu la possibilité d'exposer leurs besoins ni de formuler leurs réserves.

Esther Hindermann: Non. La classification des traitements et des procédures («CHOP») importante en termes de coûts dans le système des DRG est dominée par les positions invasives et chirurgicales. Le domaine de la médecine interne est déjà beaucoup moins différencié. Hormis, la thérapie nutritionnelle, les traitements essentiels dans le domaine psychosomatique stationnaire, tels que la psychothérapie, différentes offres de physiothérapie et d'ergothé-

rapie ou de soins, ne pèsent pas lourds en termes de coûts et n'ont aucune incidence, du moins pour l'instant, sur le calcul des forfaits de soins.

Alexander Kiss: Conjointement avec l'ASMPP, j'ai tenté d'obtenir une position pour le *traitement multimodal complexe dans le service de liaison* pour les patients stationnaires. Cette position figure dans la version finale de l'OFS. Nous espérons ainsi avoir au moins pu négocier quelque chose pour les consiliiums, conseils et quelques formes de thérapie dans le service de liaison, mais je ne sais pas encore si tous les obstacles ont été franchis.

Les thérapies à composante psychosomatique intense, telles que la transplantation de moelle osseuse, ont été utilisées pour fixer un forfait par cas aussi élevé que possible. Plus une maladie ou un traitement est compliqué et complexe, plus le forfait par cas est élevé. Je ne sais pas, en revanche, s'il sera suffisant pour la thérapie psychosomatique ou s'il sera épuisé par les seuls besoins somatiques.

Dans une prise de position, les psychiatres suisses (ZGPP) exigent un moratoire sur les DRG. Le Comité de l'ASMPP recommanderait-il également la signature de ce moratoire et si oui, pour quelle raison?

Esther Hindermann: Oui et non ... L'évolution de la politique de la santé est notamment très avancée, de sorte qu'il sera pratiquement impossible de stopper le processus. Les établissements dans le domaine psychosomatique devraient essayer de se faire entendre davantage dans la politique de la santé, certainement aussi en concertation avec l'association des psychiatres et faire valoir davantage l'utilité de soins psychosomatiques intégrés. Il est particulièrement important de recueillir des données dans le système actuel qui pourront servir de base.

Alexander Minzer: Je recommande au Comité de l'ASMPP et à tous les médecins (exerçant dans le domaine ambulatoire) de signer le moratoire. Les DRG sont contraires à l'éthique, impraticables et reviendront chers, très chers.

Alexander Kiss: Le train est en marche – désormais il est trop tard! Les DRG sont une première étape. Nous devront être extrêmement vigilants au cas où il serait envisagé d'appliquer à la médecine ambulatoire un concept comparable aux DRG.

Entretien: Pierre Loeb

Commentaire

Nous nous souvenons tous de la promesse de mieux honorer le travail intellectuel du médecin (par rapport aux prestations techniques) faite lors de l'introduction de TARMED. Le contraire s'est produit. Il n'est donc pas surprenant que nous soyons sceptiques et méfiants envers les prochains changements.

Il n'empêche, que les DRG ont été adoptés et qu'un moratoire semble désormais vain. Nous devons cependant nous préparer: en temps utile lorsqu'un nouveau système comparable aux DRG sera prévu pour la médecine ambulatoire et maintenant, à la dernière minute, avant l'introduction des DRG.

Nous devons nous même collecter des données. Il n'est en effet pas difficile de prévoir qu'après l'introduction des DRG, les patients sortiront plus tôt que maintenant du traitement stationnaire et que des coûts de la santé seront transférés du domaine stationnaire au domaine ambulatoire. Pour éviter que cette évolution ne soit présentée aux médecins établis comme une «extension quantitative» et ne serve de prétexte à une baisse supplémentaire de notre tarif, nous devons disposer de données antérieures et postérieures à l'introduction des DRG qui permettront de savoir qui a ordonné une consultation chez nous.

Ces données sont recueillies à l'aide d'un simple code (cf. le site web de RFE, www.reasonforencounter.ch). Le codage ne nous prendra pas plus de deux secondes!

Correspondance:

Dr Pierre Loeb

Président de l'ASMPP

Spécialiste en médecine générale FMH

Winkelriedplatz 4

4008 Bâle

loeb@hin.ch