

Pouvoir et médecine

Contributions de la série d'événements
Medical Humanities 2017-2020

L'éthos médical et le pouvoir de l'argent

Prof. Nikola Biller-Andorno

Directrice de l'Institut d'éthique biomédicale et d'histoire de la médecine (IBME), Université de Zurich

D^r Thomas Kapitza

Directeur du Medicine & Economics Ethics Lab (M&E Ethics Lab / IBME), Université de Zurich

L'éléphant dans la pièce

L'éthos médical se fonde sur des principes éthiques, des normes morales et des valeurs qu'on attend des médecins dans l'exercice de leur métier et que la déontologie leur impose¹⁶. Le bien-être des patient-e-s est placé au centre de l'action médicale, qu'il s'agisse de diagnostic ou de thérapie. Sa transposition dans le quotidien hospitalier produit souvent une tension entre l'éthique et les objectifs économiques, fonctionnels et entrepreneuriaux des institutions de soins. Les objectifs économiques des hôpitaux et des acteurs du secteur de la santé sont définis principalement par l'argent. À l'inverse, le bien-être des patient-e-s est un principe fondamental de l'éthique médicale qui n'est pas directement évaluable en termes monétaires, et peut être un critère de la gestion de la qualité dans l'entreprise.

Dans la pratique, les ressources financières constituent un facteur pesant fortement sur le déroulement des soins cliniques. Le corps médical employé dans les hôpitaux est la catégorie professionnelle la plus influente sur le plan économique, car il prend et applique les décisions en matière de traitement, et en assume la responsabilité. Outre leurs répercussions sur le processus de guérison des patient-e-s, les décisions médicales ont toujours également un impact sur les ressources, et par conséquent sur les finances.

Il existe un lien patent entre les décisions en matière de diagnostic et/ou de thérapie et le chiffre d'affaires et les coûts de traitement qui en découlent pour l'hôpital. Pour les hôpitaux et le personnel médical et soignant, cette interaction claire donne du pouvoir aux questions pécuniaires dans le domaine des soins de santé. À quels cadres, mécanismes d'impact et systèmes d'incitation du corps médical peut-on avoir recours pour garantir que le

chiffre d'affaires des hôpitaux, les marges de contribution positives, les bénéfices et le retour sur investissement de la société hospitalière soient aussi élevés que possible? On ne saurait négliger le pouvoir de l'argent dans le secteur de la santé publique, car des groupes d'intérêts puissants veulent y concrétiser leurs succès économiques. Les médecins employés dans les hôpitaux font partie intégrante de cette structure d'intérêts.

On dispose de preuves solides que les considérations financières peuvent influencer le comportement des médecins en matière de soins dans de nombreux systèmes de santé hautement développés¹⁷. Les facteurs économiques peuvent conduire à un excès de l'indication médicale qui restreint le bien-être des patient-e-s¹⁸. Les médecins sont incités à appliquer des stratégies de rationnement implicites (telles que les sorties précoces), afin d'éviter les patient-e-s dont le coût médical est élevé¹⁹, et à s'abstenir de fournir des informations sur des options de traitement

16 FMH (2019): Code de déontologie de la FMH, Berne; Assemblée médicale mondiale (2018): Déclaration de Genève. Adoptée par la 2^e Assemblée générale de l'Assemblée médicale mondiale, Genève, <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-geneve/>, (consultation: 20 juillet 2020); Egger, Bernhard et al. (2017): Der «Schweizer Eid», in: Schweizerische Ärztezeitung 98(40), pp. 1295–1297. DOI: <https://doi.org/10.4414/saez.2017.05994>; Schumm-Draeger, Petra Maria et al. (2019): Kommentar zum Ärzte Codex – Umbenennung des Klinik Codex in Ärzte Codex, in: Der Internist 60(4), pp. 379–380.

17 Chernew, Michael et al. (2021): Physician agency, consumerism, and the consumption of lower-limb MRI scans, in: Journal of health economics 76, 102427. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102427>; Fässler, Margrit et al. (2020): Bonus agreements of senior physicians in Switzerland – A qualitative interview study, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 158–159, pp. 39–46. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.09.002>; Court, Emma (2018): Medical practices have become a hot investment – are profits being put ahead of patients? <https://www.marketwatch.com/>, (consultation: 20 juillet 2021); Bundesärztekammer (2015): Stellungnahme der Bundesärztekammer «Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung», Bundesärztekammer, Berlin, <https://www.bundesaeztekammer.de/politik/programme-positionen/oekonomisierung/>, (consultation: 20 juillet 2021).

18 Michalsen, Andrej et al. (2021): Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden: Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN, in: Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin 116(4), pp. 281–294. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00794-4>; Saini, Vikas et al. (2017): Addressing overuse and underuse around the world, in: The Lancet 390(10090), pp. 105–107. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32573-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32573-9); Gerber, Michelle, Esther Kraft et Christoph Bosshard (2016): Unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem, in: Schweizerische Ärztezeitung 97(7), pp. 236–243, <https://www.fmh.ch/files/pdf17/SAEZ-04424.pdf>, (consultation: 20 juillet 2021).

19 Kjøstølsen, Gjertrud Hole et al. (2021): Financial incentives and patient selection: Hospital physicians' views on cream skimming and economic management focus in Norway, in: Health policy (Amsterdam, Netherlands) 125(1), pp. 98–103. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.10.011>

onéreux²⁰. Les considérations économiques entrent en jeu dès la nomination aux postes de direction médicale²¹. Les aspects financiers des soins de santé ne sont pas explicitement mentionnés dans les textes déontologiques largement reconnus, telle la Déclaration de Genève²². Mais l'éléphant est incontestablement dans la pièce.

Responsabilité duale – défis multiples

Si les parties prenantes impliquées dans la création de plus-value économique à partir des soins hospitaliers aux patient-e-s (propriétaires et exploitant-e-s d'hôpitaux, personnel commercial et médico-soignant, etc.) veulent atteindre leurs objectifs économiques, le pilotage en ce sens de la direction améliorera les résultats. Les principaux indicateurs économiques et ratios financiers des hôpitaux résultent essentiellement des impacts économiques des activités de soins médicaux et infirmiers.

Dans le quotidien hospitalier du XXI^e siècle, la gestion financière optimale du traitement des patient-e-s obéit à des règles de contrôle économique simples. Le système de rémunération DRG incite l'hôpital à proposer un traitement qui consomme le moins de ressources possible, et ce dans l'intérêt de l'efficacité économique²³. Le système d'incitation est efficace: les paiements de prestations définis en amont (système DRG) doivent encourager les établissements (et leur personnel) à fournir aux patient-e-s des soins dont le coût est fixé de la manière la plus économique possible. Il s'agit ici de l'effet typique de la mise en œuvre d'une approche de tarification qui classe les services de soins de santé individuels et vise à couvrir leurs coûts de production hospitaliers (moyens) par un système tarifaire essentiellement basé sur des taux forfaitaires. La perspective commerciale d'obtenir des marges de contribution positives en minimisant les coûts des soins pour un tarif donné de prestation est très attrayante pour une entreprise.

Cependant, on discerne aussi le malentendu sous-jacent en matière de politique de santé publique: un modèle tendu vers la théorie macroéconomique visant à allouer efficacement des ressources dans le secteur de la santé se transforme, au niveau microéconomique et opérationnel de l'hôpital, en une occasion de produire le maximum de marges de bénéfices sur les prestations cliniques. Un système de refinancement des prestations cliniques s'est ainsi établi au sein du secteur hospitalier et parmi ses acteurs économiquement intéressés, dont la facturation invite les groupes d'intérêt à adopter des stratégies de maximisation des marges recettes-dépenses et du volume de soins facturables (augmentation du nombre de cas).

Aujourd'hui, les hôpitaux et leurs employé-e-s peuvent, grâce à des systèmes d'incitation définis dans les contrats de travail, non seulement remplir les objectifs de soins ou satisfaire aux besoins de la région et de la population, mais aussi viser des objectifs commerciaux de maximisation des gains. Dans une perspective économique néo-classique ou néolibérale, tout particulièrement, cette maximisation des gains grâce aux soins hospitaliers non ambulatoires (et la maximisation des rendements et des revenus qui en résulte) est considérée comme rationnelle et logique²⁴.

Afin de mettre en œuvre avec succès ces visées, il semble utile d'établir le concept managérial de la double responsabilité des dirigeant-e-s et des spécialistes médicaux comme nouveau paradigme du rôle professionnel. Cependant, ce concept soumet le personnel médical de l'hôpital à des tensions éthiques²⁵. Le personnel médical est-il aussi le valet de la faiblesse des ressources et aides publiques ou l'agent de la rentabilité, de la maximisation des gains et de l'augmentation des profits?²⁶ Où doit-on tracer à l'hôpital la frontière éthique entre responsabilité envers une gestion scrupuleuse des rares ressources de l'entreprise (et donc des rares moyens économiques) et le soutien des tendances à l'économisation et à la commercialisation du secteur hospitalier?

D'autres groupes d'intérêt économiques sont actifs. Ainsi, les entreprises pharmaceutiques, les sociétés de technologie médicale ou celles de technologies de l'information et de la communication ont un intérêt légitime à ce que les hôpitaux achètent et utilisent au quotidien leurs produits.

20 Beckman, Thomas J. (2019): No Money, No Mission: Addressing Tensions Between Clinical Productivity and the Culture of Medicine, in: *Mayo Clinic proceedings* 94(8), pp. 1401–1403. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.06.004>; Strech, Daniel et al. (2008): How physicians allocate scarce resources at the bedside: a systematic review of qualitative studies, in: *The Journal of medicine and philosophy* 33(1), pp. 80–99. DOI: <https://doi.org/10.1093/jmp/ihm007>

21 Siewert, Arne Christian et al. (2021): Ökonomie hat hohen Stellenwert. Bewerbungsgespräche von Chefärzten, in: *Deutsches Ärzteblatt* 118(4), A180-A184, A5.

22 Kapitzka, Thomas (2021): Die Deklaration von Genf (WMA) und ökonomische Aspekte: Zeit für eine Ergänzung des Gelöbnisses?, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik ZfmE* 67(1), pp. 103–117. DOI: <https://doi.org/10.14623/zfme.2021.1.103-117>

23 Indra, Peter (2004): Die Einführung der SwissDRGs in Schweizer Spitälern und ihre Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen (Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik 80), SGGP, Berne.

24 Augurzky, Boris (2020): Gewinne im Krankenhaus, in: Klauber, Jürgen et al. (éds.): *Krankenhaus-Report 2020*. Springer, Berlin, pp. 185–204.

25 Fässler, Margrit et al. (2015): Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians, in: *Swiss medical weekly* 145, w14080. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14080>

26 Rasooly, Alon, Nadav Davidovitch et Dani Filc (2020): The physician as a neoliberal subject – A qualitative study within a private-public mix setting, in: *Social science & medicine* 259, 113152. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113152>

Elles exercent donc également une influence sur les décideurs et décideuses les plus important·e·s en matière de soins, à savoir le corps médical. Les débats de longue haleine relatifs aux conflits d'intérêts et aux exigences de transparence mettent en évidence les multiples défis éthiques.

La médecine est-elle un business (comme les autres)?

Dans ce contexte, il devient urgent de se demander si l'approche économique de la « médecine comme entreprise commerciale » est réellement possible et souhaitable. La relation médecin-patient·e (où le bien-être du patient ou de la patiente est le principe cardinal de l'éthique médicale) et la relation médecin-client·e sous influence économique (sur la base de l'avantage économique) sont-elles réellement compatibles?

En Suisse, le Code de déontologie en vigueur de la FMH²⁷ règle le comportement des médecins à l'égard des bénéficiaires de prestation, de leurs confrères et concurrents, des autres partenaires au sein du système de santé publique ou encore leur comportement envers la société (art. 1 Code de déontologie). Il formule également des prescriptions déontologiques qui concernent aussi la « médecine comme entreprise commerciale » :

Orientation sur les patients et économie dans le Code de déontologie de la FMH

- La santé de l'homme est le but suprême de l'acte médical. (Préambule)
- Le médecin utilise les moyens préventifs, diagnostiques, thérapeutiques et de réadaptation dont il dispose, pour le bien du patient et en tenant compte, dans le domaine de l'assurance sociale obligatoire, du principe d'une médecine coût-efficace. (Art. 3, al. 2)
- Le médecin se refuse à tout acte médical ou toute prise de position incompatible avec sa conscience. (Art. 3, al. 4)
- Dans l'exercice de sa profession, le médecin n'exploite pas un éventuel état de dépendance du patient; il lui est tout particulièrement interdit d'abuser de son autorité sur lui, tant sur le plan émotionnel ou sexuel que matériel. (Art. 4, al. 2)
- Le médecin traite tous ses patients avec la même diligence, en dehors de toute considération de personne. La position sociale du patient, ses convictions religieuses ou politiques, son appartenance ethnique et sa situation économique ne jouent aucun rôle pour le médecin. (Art. 4, al. 3)
- Le recours à des pratiques diagnostiques et thérapeutiques discutables est inadmissible lorsqu'une telle activité s'exerce au mépris des connaissances médicales scientifiquement établies et en abusant de la confiance, de l'ignorance, de la crédulité ou du désarroi d'un patient. (Art. 8, al. 1)
- Lors de la conclusion d'un contrat, le médecin évite que, dans son activité médicale, un tiers non médecin puisse lui imposer une action contraire à sa conscience professionnelle. Il refuse notamment tout engagement de fournir certaines prestations médicales ou d'atteindre un certain chiffre d'affaires. (Art. 31, al. 1)

²⁷ FMH (2020): Code de déontologie de la FMH, Berne, <https://www.fmh.ch/fr/a-propos-de-la-fmh/statuts-autres-reglements.cfm>, (consultation: 7 septembre 2021).

Autant le Code de déontologie de la FMH décline les défis médicaux et éthiques à la croisée de la médecine et de l'économie dans le système de santé suisse, et donc également ceux du secteur hospitalier, autant on serait en peine d'y trouver des mots clés concrets tels que, argent, profit, économie, rendement, revenu, gain ou d'autres de cet ordre. Ces lacunes pourraient conduire à ne pas détecter un écart, voire une violation des termes du Code déontologique de la FMH. À l'heure actuelle, ce dernier ne prend donc pas en compte l'intégralité des défis éthiques à l'intersection entre la médecine et l'économie dans le système de santé publique suisse.

Excès de soins comme symptôme

L'excès de soins peut se définir comme l'établissement d'un diagnostic ou la prescription d'un traitement médical qui n'a aucune utilité pour le patient ou la patiente ou dont les risques dépassent le bénéfice potentiel²⁸. Parce que l'excès de soins est étroitement lié à la qualité de l'indication médicale (pertinence et nécessité des interventions médicales)²⁹, les médecins hospitaliers sont impliqués à titre de potentiels producteurs³⁰.

Dans les hôpitaux, l'excès de soins (ainsi que le phénomène d'insuffisance des soins) est pertinent d'un point de vue éthique, avant tout dans le domaine des soins cliniques (éthique des soins), mais il peut intervenir aussi lorsque la direction de l'hôpital définit un cadre déontologique discutables. L'excès de soins pourrait alors contribuer à réaliser les objectifs commerciaux de l'entreprise, mais aussi favoriser la quête individuelle de gains et d'avantages économiques au sein du corps médical, un point problématique du point de vue déontologique.

Deux principales sources expliquent ici le pouvoir de l'argent: les objectifs économiques de l'hôpital et les motivations financières individuelles des médecins qui y travaillent. Il est important d'examiner les liens entre ces deux tenants. Des systèmes d'incitation économique déontologiquement discutables (tels que des primes salariales individuelles basées sur le volume de prestations) peuvent renforcer mutuellement ces intérêts et former une alliance contre nature en vue de libéraliser plus fortement encore le pouvoir de l'argent.

Évolution de l'organisation éthique et médicale à l'hôpital: une possibilité de solution

Si la « médecine comme profession » souhaite être autre chose qu'une « médecine comme entreprise commerciale », il faut donner au personnel médical des hôpitaux la possibilité de relever de manière constructive les défis éthiques situés à l'articulation du bien-être des patient-e-s et de l'économie, et ce au moyen de solutions efficaces et contraignantes.

Citons notamment en guise de pistes et sans visée d'exhaustivité:

- l'élaboration de propositions dans le champ de l'intégrité clinique ou *Clinical Integrity* (par exemple cours obligatoire, voir les BPC, bonnes pratiques cliniques, ou GCP, *good clinical practice*);
- la réflexion sur les relations d'intérêts (création d'une conscience) et la déclaration de relations d'intérêts (création de transparence);
- la mise en place de comités éthiques dans le développement de systèmes d'incitation et de leurs configurations (par exemple outils de pilotage institutionnels, commissions au sein de l'hôpital, associations professionnelles et groupes d'intérêts);
- l'extension de la définition, jusqu'à présent étroite, des conflits d'intérêts (actuellement limitée à la recherche, la formation continue, l'industrie pharmaceutique), parce qu'il faut aussi prendre en compte ces conflits dans le champ thématique des établissements de soins;
- la valorisation des concepts « choisir avec soin » (*choosing wisely*) et « prise en charge optimale » (*smart medicine*) et le passage d'une prestation volontaire et surrogatoire à un comportement médical contraignant pour les professionnel-le-s en milieu hospitalier.

Afin de limiter le pouvoir de l'argent dans les soins aux patient-e-s à l'hôpital, le discours professionnel à ce sujet doit se défaire de la pensée selon laquelle le comportement déontologique du corps médical n'est souhaitable à l'hôpital que dans la mesure où il ne va pas à l'encontre des intérêts économiques. En 2014, l'Académie Suisse des Sciences Médicales avait déjà formulé avec justesse ce qui suit:

« Les médecins et autres professionnels de la santé sont appelés à protéger ce qui fait l'essentiel de la médecine, à savoir une relation de soins empathique et centrée sur les besoins des patients. L'appât du gain, sous couvert

28 Gerber, Michelle, Esther Kraft et Christoph Bosshard (2016): Unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem, in: Schweizerische Ärztezeitung 97(7), pp. 236–243, <https://www.fmh.ch/files/pdf17/SAEZ-04424.pdf>, (consultation: 20 juillet 2021).

29 Kraft, Esther, Martina Hersperger et Daniel Herren (2012): Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität, in: Schweizerische Ärztezeitung 93(41), pp. 1485–1489.

30 Brownlee, Shannon et al. (2017): Evidence for overuse of medical services around the world, in: The Lancet 390(10090), pp. 156–168. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)

d'une relation bienveillante, ne s'accorde pas avec le professionnalisme des médecins et peut briser la relation de confiance des patients. Les médecins en clinique doivent s'impliquer pour l'élaboration des règles économiques de leur établissement, règles dont ils vont assumer par la suite la responsabilité morale envers les patients. »³¹

Cet appel n'a rien perdu de son acuité. Au demeurant, il ne faut pas sous-estimer à quel point le fait que le personnel médical des hôpitaux ne se sente pas seul à se débattre entre bien-être des patient·e·s, éthique professionnelle et économie peut être un puissant facteur de motivation et d'identification.

31 Académie Suisse des Sciences Médicales (2014) : Médecine et économie – Quel avenir?, Communications 9(4), Bâle, p. 34.