Commentaire de l'invitée

Nina Kunz, auteure «Das Magazin», évoque Susan Sontag et le corona comme métaphore.
Page 2

Manque de fermeté

L'OFSP a-t-il été à la hauteur de la crise du corona ? Interview de René Buholzer, CEO Interpharma.
Page 3

Mieux soigner grâce à des données ?

Tous les acteurs de la santé collectent des données. Est-ce bien utile ?
Page 4

POLITIQUE+PATIENT

17ème année
Éditeur : Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften VEDAG
Politique + Patient est un supplément du Bulletin des médecins suisses
Responsables de la rédaction :
Marco Tackenberg, Markus Gubler, Nicole Weber ; forum | pr
Mise en page : Claudia Bernet, Berne
Impression : Stämpfli AG

Plans d'économies dans le domaine de la santé

Peste ou choléra

Que faire quand le budget est épuisé et que beaucoup de patients sont encore à soigner ? Que le corps médical réponde à cette question pour le cas où l'électorat aurait à se prononcer sur l'une ou l'autre des nombreuses variantes de budget global.

La coupole du Palais fédéral, avec la croix suisse et les drapeaux des cantons. Le budget global que préconise le Conseil fédéral est censé être réparti sur les cantons, lesquels établiraient les budgets de blocs de coûts tels que les médicaments ou les examens spéciaux. D'où le risque d'une restriction des prestations médicales censée économiser des coûts, que la multiplication des tâches administratives qu'elle entraînerait ferait immensément augmenter. Photo : Keystone

Le système de santé suisse voit se préciser la menace du budget global. Le Conseil fédéral s'apprête en effet à introduire pour la santé des objectifs de maîtrise des coûts contraignants – c'est-à-dire un budget global sur lequel le peuple, réduit à choisir entre la peste et le choléra, pourrait être amené à se prononcer sous forme de contre-proposition indirecte au frein aux coûts de la santé proposé par le PDC (voir encadré). *Suite à la page 2*

Encadré d'infos

Les projets politiques visant au budget global

1er volet de mesures du Conseil fédéral : Adopté en août 2019, il annonçait pour le pilotage des coûts de santé des mesures permettant de corriger « des augmentations injustifiées des quantités ainsi que des coûts des prestations », dont des forfaits pour les traitements ambulatoires et des objectifs de maîtrise des coûts mettant tous deux en danger la qualité des soins.

Initiative populaire du PDC (le Centre en mouvement) : « Frein aux coûts » : Déposée en mars 2020. Si, deux ans après l'acceptation de l'initiative, la hausse des coûts de l'assurance obligatoire des soins est supérieure de plus d'un cinquième à l'évolution des salaires nominaux, la Confédération prend « des mesures visant à faire baisser des coûts produisant effet à partir de l'année suivante ». C'est ainsi que la classe politique limiterait l'étendue des prestations médicales.

2e volet de mesures du Conseil fédéral : En procédure de consultation depuis août 2020. À des mesures que n'apprécie guère le corps médical – p. ex. le remplacement du libre choix du médecin par des premiers points de contact obligatoires – s'ajoute un « objectif annuel de maîtrise des coûts » censé limiter les dépenses de santé, c.-à-d. un budget global éteignant le droit aux prestations d'assurance à épuisement du budget.

Contre-projet à l'initiative du PDC : La procédure de consultation relative à son 2e volet de mesures terminée, le Conseil fédéral a décidé, le 28 avril 2021, de revoir quelques-unes des mesures de celui-ci, mais de maintenir évidemment, son « objectif de maîtrise des coûts » – c.-à-d. son budget global – qui, isolé du 2e volet, sert de contre-projet indirect à l'initiative du PDC.

Suite de la page 1

Un projet mammouth
L'initiative du frein aux coûts de la santé vise à corréler la croissance du coût de la santé avec celle de l'économie. Toute augmentation de l'assurance-maladie obligatoire dépassant celle des salaires nominaux verrait alors intervenenir la Confédération. De quelle manière ? Les initiants se gardent bien de le préciser.

Le flou de sa formulation n'est pas le seul point faible de l'initiative. Sa mise en œuvre pourrait, elle aussi, faire problème. Doter le système de santé d'un frein aux coûts serait un projet mammouth obligeant la Confédération, les cantons, les caisses-maladie ainsi que les fournisseurs de prestations à veiller ensemble à ce que le coût de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ne dépasse pas un certain niveau. Les années de tractations qu'il a fallu pour parvenir à une nouvelle structure tarifaire des soins ambulatoires n'ont-elles pas montré combien il est difficile d'amener ces mêmes acteurs à trouver un terrain d'entente ?

Faute d'entente entre les acteurs, il reviendrait à la Confédération et aux cantons de prendre les mesures d'abaissement des coûts, et ce serait alors de l'État, et non des besoins médicaux effectifs, que dépendraient le droit aux prestations ainsi que la nature et le nombre de celles-ci.

Des mécanismes incompréhensibles
Mais là n'est pas le seul défaut de l'initiative du PDC. L'allongement de l'espérance de vie et le progrès médical conduisent de façon quasiment mécanique à ce que le coût de la santé augmente plus vite que le produit économique. Tout en ayant un besoin de prestations de santé plus élevé, la plupart des personnes âgées sont, en effet, sans emploi et ne contribuent plus au développement des salaires. À quoi, vu ces conditions, rimerait-il donc de corréler les dépenses de santé avec le produit économique. Et pourquoi serait-on censé rationner les prestations de santé si venait à se produire une récession ?

Économiser des coûts, générer des coûts
Estimant le frein aux coûts trop rigide, le Conseil fédéral préconise de soumettre la hausse des coûts à des objectifs de maîtrise contraignants, arrêtés par la Confédération et les cantons, et qui, contrairement à l'initiative du PDC, ne se limiteraient pas à l'évolution économique mais prendraient notamment en compte l'évolution démographique. Ces objectifs de maîtrise des coûts seraient répartis sur les cantons, lesquels établiraient les budgets s'appliquant aux blocs de coûts que sont les prestations ambulatoires, les hôpitaux, les médicaments, etc. On ignore encore les sanctions qui seraient infligées en cas de dépassement budgétaire.

Il est sûr, en revanche, que la surveillance des dépenses nécessitera la collecte et la gestion d'énormes quantités de données. D'où le risque qu'il faille rationner les prestations médicales pour faire baisser les coûts et le fait que l'augmentation des tâches administratives n'ira pas sans en générer de nouveaux.

Les patients ne veulent pas d'une médecine étatisée
Les deux propositions aboutiront à une médecine étatisée n'ayant que des inconvénients pour les patientes et les patients. La question du meilleur traitement est à régler de médecin à patient. Si l'État s'en mêle, ce sera au détriment de la relation de confiance. Le patient se demandera chaque fois si le traitement qui lui est proposé l'est pour de bonnes raisons ou parce qu'il cadre tout juste avec le budget. Les personnes en ayant les moyens prendront alors une assurance privée et l'on se retrouvera avec une médecine à deux vitesses sur les bras.

Non conforme à la Constitution
Dès lors qu'il s'applique à la santé, le budget global fait également problème sur le plan de la Constitution. Une expertise juridique de la FMH établit qu'un objectif contraignant tel que le souhaite le Conseil fédéral est anticonstitutionnel. L'article 117 de la Constitution fédérale fait obligation à la Confédération d'instituer une assurance-maladie censée fournir à celle ou celui qui tombe malade une prestation déterminée, ne pouvant être rationnée à son détriment.

Qu'il s'agisse de l'initiative ou du contre-projet de la Confédération, tous deux nuisent à la confiance qui doit prévaloir entre médecin et patient, tous deux ouvrent la voie à une médecine à deux vitesses et font problème sur le plan constitutionnel. Cela n'est pas fait pour améliorer le système de santé et nuit, au contraire, à la prise en charge du patient.

Commentaire de l'invitée : parlons du COVID-19

De la maladie comme métaphore

Lu voici quelques semaines, « Illness as Metaphor », le livre de Susan Sontag, m'obsède.

Ce livre, qui s'interroge sur les raisons faisant que certaines maladies nous apparaissent comme des métaphores, m'a appris que le 19e siècle tenait encore les êtres sensibles que sont les poètes pour des personnes en grand danger de contracter la « maladie consomptive », c.-à-d. la tuberculose.

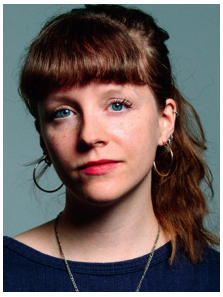
Si cela nous apparaît aujourd'hui comme une aberration, Susan Sontag n'en pense pas moins qu'une maladie est d'autant plus entourée de mythes qu'elle est mal connue et qu'il en va de même pour les pandémies : la peste bubonique était autrefois perçue comme une punition venue d'en haut, et le choléra comme le signe d'un ordre moral en déliquescence.

Ce que nous dit Susan Sontag est qu'une maladie ne se déroule jamais en apesanteur et qu'elle est toujours enrobée dans un « récit » – ce qui peut être délicat. En 1975, souffrant elle-même d'un cancer, elle a été meutrie par la brutalité de métaphores telles que celle de « tumeur maligne ».

Me demandant alors si le COVID-19 avait été, lui aussi, « métaphorisé », j'ai été frappée de la rudesse de notre langage, frappée des coronavirus qui « attaquent » les voies respiratoires, frappée des enfants traités de réservoirs à virus et scandalisée du « nous sommes en guerre » lancé en mars 2020 par Emmanuel Macron.

En fait-on trop au sujet de cette pandémie ? Je n'en sais rien. Je constate toutefois – et c'est heureux – que le débat est très factuel (taux d'incidence sur 7 jours, valeurs R_0), mais je me dis souvent que nous payons aujourd'hui les dérives du capitalisme. Quoi qu'il en soit, Susan Sontag nous conseillerait sans doute de rester « cool », d'écouter ce que dit la science et de ne jamais, au grand jamais, projeter nos convictions sur une maladie !

Une version plus longue de ce texte est déjà parue dans «Das Magazin».



Nina Kunz
Autrice et chroniqueuse à « Das Magazin »

René P. Buholzer est le directeur d'Interpharma, l'association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche. Photo : màd

La Suisse et le COVID-19

Un manque de fermeté

L'industrie pharmaceutique estime-t-elle que l'OFSP a été à la hauteur de la crise du coronavirus ? A-t-on lésiné à tort lors de l'achat des vaccins ? Réponse de René Buholzer, CEO d'Interpharma : La stratégie était la bonne, mais la réaction a été trop hésitante.

René Buholzer, la Suisse combat-elle bien la pandémie ?
En tant que société, nous l'avons assez bien maîtrisée. S'agissant des acteurs, la collaboration entre la Confédération, les cantons et l'économie a été bonne durant la première vague et, faute de coordination générale, moins bonne à dater de l'été.

La façon dont les autorités ont procédé à l'achat des vaccins a été fortement critiquée ça et là. À juste titre ?
La stratégie de diversification voulue par les autorités était la bonne, mais sa mise en œuvre a péché par excès de paperasserie et de formalisme. La crainte de se tromper de vaccin nous a fait perdre un temps précieux. Avec un peu plus d'audace, tout aurait été beaucoup plus vite. Mais la hantise des coûts et l'absence d'une optique globale privilégiant l'utilité nous en ont empêchés. Le surcoût résultant d'un achat plus onéreux n'aurait représenté qu'une infime partie de la totalité des coûts. Le prix d'une journée de crise est d'environ 100 millions de francs pour la Suisse.

Une collaboration plus étroite des offices fédéraux aurait-elle été souhaitable ?
Je pense que non. Ce qui compte surtout dans ce genre de crise, ce sont la fermeté et le courage de prendre des risques. Il ne faut pas avoir peur de déplaire.

Quel effet cette pandémie a-t-elle sur l'industrie pharmaceutique ?
Elle met en relief l'importance de l'innovation. Grâce à la cohésion des acteurs ont vu le jour en peu de temps des vaccins hautement efficaces. C'est une victoire pour la recherche comme pour l'industrie pharmaceutique. La rapidité de l'accès aux nouveaux vaccins a sauvé beaucoup de vies et il conviendrait, à présent, d'introduire à durée indéterminée la procédure d'autorisation en vigueur pour les thérapies vitales. La crise montre aussi combien il est important d'avoir ses propres plateformes de recherche et de production, qu'il est impossible de mettre en place une fois la crise en cours et qui nécessitent des conditions-cadres solides.

Élaboré en collaboration avec les Informations de politique de santé GPI, cet article est également paru dans une version élargie et modifiée des GPI 2/2021.

Avec Moderna et Biontech sont arrivés sur le marché des vaccins issus de petits laboratoires relativement peu connus. Les grands manqueraient-ils d'agilité?
L'innovation résulte de la rencontre d'acteurs se valorisant mutuellement. Inventer est une affaire d'audace et de nouvelles approches, pour lesquelles les petites entités sont souvent mieux équipées que les grandes. Il existe toutefois des limites faisant que naissent des coopérations du type Biontech et Pfizer, qui ont joué dans la production des vaccins un rôle déterminant.

Lonza ayant proposé au Conseil fédéral la mise en service, à Viège, d'une chaîne de fabrication entièrement dédiée à la production de vaccins anti-Covid 19, celui-ci a décliné cette offre de partenariat public-privé. Quels sont aujourd'hui les rapports entre l'industrie pharmaceutique et l'État ? Des modèles tels que celui proposé par Lonza sont-ils envisageables ?
Ils existent déjà. Les partenariats public-privé ont accéléré la production des vaccins. Ce sont des partenariats gagnant-gagnant. L'argent public a donné aux laboratoires pharmaceutiques une sécurité matérielle quant à la mise en place d'infrastructures propres à accélérer la production, tandis que les États, eux, s'assuraient l'accès aux vaccins ainsi que la certitude de conserver au pays la production, la création de valeur et le savoir-faire. Affronter une nouvelle pandémie ne serait pas facile pour autant. Faire face à une crise suppose un savoir-faire et des moyens de production déjà opérationnels lorsqu'elle éclate. Et il faut pour cela de bonnes conditions-cadres.

Mieux soigner grâce à des données ?

Médecins, hôpitaux, assureurs et autorités: tous les acteurs de la santé collectent des données. Les prises en charge médicales en sont-elles mieux planifiées et mieux pilotées ? Un premier élément de réponse est venu de l'atelier de l'Association des sociétés médicales de la Suisse alémanique VEDAG dirigé par l'économiste de la santé Pius Gyger.

Jacques Huguenin dirige la section Santé de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il collecte et traite avec son équipe des données d'exploitation, de personnel et de patients émanant d'hôpitaux, de cabinets médicaux, de maisons de repos et autres institutions de santé. Les énormes données de l'OFS sont consultées par de nombreux acteurs, dont les cantons, qui s'en servent pour gérer l'admission des médecins ou évaluer les tarifs. Pour les statisticiens de la Confédération la politique de santé numérisée est déjà une réalité. « Les données que nous possédons sont en grande partie celles qu'il nous faut », affirme Jacques Huguenin.

Une approche irréaliste

Yvonne Gilli, présidente de la FMH, trouve cette déclaration un peu courte. Selon elle, le volume ne fait pas tout. Les données, dit-elle, doivent toujours être évaluées à la lumière des objectifs. Et parce qu'ils concernent des développements complexes et de longue haleine, ces objectifs sont toujours difficiles à définir. Yvonne Gilli en veut pour preuve le nombre de médecins, femmes ou hommes, en activité et le fait que les besoins à venir dépendent d'innombrables facteurs, dont l'évolution démographique, la morbidité, les technologies, l'immigration et les changements de mode de vie.

Cette complexité empêche, dit-elle, de piloter avec précision les besoins de soins. D'où des décisions politiques et des mesures des autorités ne correspondant pas à la réalité ou ayant toujours un temps de retard – avec les conséquences concrètes qui en résultent pour les gens. Les campagnes voient diminuer depuis des années le nombre de médecincs, et les décisions numérisées n'y ont rien changé.

Des négociations de contrat qui capotent

Tandis qu'Yvonne Gilli insiste sur les limites du pilotage numérique, Wolfram Strüwe, directeur de la section de politique de santé de l'assureur-maladie Helsana, attire, lui, l'attention sur le manque de confiance entre médecins et assureurs. De plus en plus nombreuses sont, en effet, les négociations tarifaires qui capotent du fait que les partenaires ne parviennent pas à trouver une base de données commune, chacun invoquant le manque de qualité et de transparence des données de l'autre.

Faute d'entente entre médecins et assureurs, les tarifs sont fixés par les cantons. « Seuls sept cantons sur 26 ont encore des contrats avec des sociétés médicales », dit Wolfram Strüwe. Si médecins et assureurs ne parviennent pas à s'entendre, l'autonomie tarifaire ne sera bientôt plus qu'une chimère, alors que, selon lui, les données et leur transparence sont fondamentales.

Se protéger grâce à ses propres données

Les propos de Peter Frutig, CEO de PonteNova, le TrustCenter des médecins, montrent à quel point les rapports entre médecins et assureurs sont tendus. Pontenova collecte les données de décompte des 10'000 et quelques cabinets médicaux suisses affiliés à un trustcenter. Son pool de données comprend aujourd'hui 320 millions de copies de factures électroniques. Les trustcenters conseillent les sociétés médicales qui conduisent des négociations et soutiennent les médecins auxquels les assureurs adressent des demandes de restitution. Peter Frutig sait que le fait d'avoir ses propres données est une protection efficace. « Sans pool de données appartenant aux médecins, beaucoup de ceux qui sont, ou ont été, impliqués dans des procédures d'économicité auraient donné suite à tort à des demandes de restitution. »

L'OFSP achète des données d'assureurs-maladie

L'Office fédéral de la santé publique OFSP a une relation d'affaires embarrassante. Depuis 2008, il fait collecter et traiter des données par Sasis AG, une filiale de santésuisse, l'association des assurances-maladie. Le conseiller national PLR Olivier Feller en est offusqué et reproche à l'OFSP de déroger à l'obligation de surveillance qu'il a vis-à-vis des assureurs-maladie. Voyant là un danger pour l'impartialité de l'autorité nationale de la santé, il a déposé une motion interpellant le Conseil fédéral. Selon lui, le contrat entre l'OFSP et Sasis AG doit être résilié. On attend maintenant la réponse du Conseil fédéral.

Objectifs imprécis, manque de confiance, compétences insuffisantes : l'atelier du VEDAG a montré de quoi souffre chez nous le pilotage numérique des soins médicaux. Seule une volonté commune de toutes les parties prenantes permettra de sortir de l'impasse.

Bien que les acteurs du système de santé collectent des montagnes de données, le pilotage numérique des soins n'en connaît pas moins chez nous de sérieux problèmes. Seule une volonté commune des parties prenantes permettra de sortir de l'impasse. Photo : Keystone