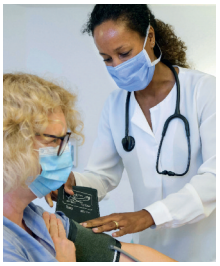
Commentaire

La Prof. Nikola Biller-Andorno, éthicienne médicale, considère les expériences des patients comme une véritable mine d'or.
Page 2

Interview

Bruno Henggi, Public Affairs de la FMH, explique qu'un système de santé fonctionnant bien ne va pas de soi.
Page 3



Plus de qualité réelle pour le système de santé

L'article sur la qualité entrera en vigueur le 1.1.2021. Qu'est-ce qui va changer ? Page 4

POLITIQUE+PATIENT

16ème 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

Les plans d'économies du Conseil fédéral

À boulets rouges sur le libre choix du médecin

Le deuxième train de mesures visant à la maîtrise des coûts contient une attaque en règle contre le libre choix du médecin. Est notamment prévu, un premier point de contact obligatoire qui non seulement déresponsabilise le patient mais introduit de surcroît des incitations dangereuses.

Le conseiller fédéral Alain Berset annonçant en conférence de presse les plans d'économies rigides du Conseil fédéral tendant à supprimer le libre choix du médecin. Photo : Keystone

Contraindre tout le monde à adopter le modèle du médecin de famille : c'est ainsi que le conseiller fédéral Alain Berset compte économiser chaque année 100 millions de francs dans le système de santé. Le premier point de contact obligatoire est un des éléments phares du deuxième volet des mesures visant à freiner la hausse des coûts lancées en août par le Conseil fédéral. Nul ne pourra plus alors s'adresser directement à un spécialiste, même en consentant à payer une prime d'assurance-maladie plus élevée. Et il appartiendra à ce premier intervenant de décider si le patient doit être hospitalisé

Suite à la page 2

Mesures d'économies

Le budget global porte plus d'un nom

C'est maintenant, en pleine crise, que plusieurs projets politiques viennent mettre en danger la qualité de notre système de santé en définissant des budgets globaux. Le budget global porte plus d'un nom. Que l'on parle de « frein à la hausse » dans l'initiative du PDC, d'« objectifs » dans le volet 1 des mesures du Conseil fédéral visant à freiner la hausse des coûts, ou d'« objectifs de coûts » dans le volet 2 de ces mesures, les points communs sont toujours les mêmes, à savoir que le périmètre des soins dépendra désormais du politique et non des besoins médicaux. Et les économies que l'on nous annonce seront soi-disant sans douleur, mais sans que l'on sache au juste qui aura à les supporter.

Qu'en sera-t-il en cas de dépassement des « objectifs » ? Si l'ampleur des coûts admissibles est fixée par le politique, le droit à l'assurance devrait s'éteindre une fois le budget consommé. Par médecin seraient alors encore remboursables disons dix pneumonies et quinze prothèses de hanche et rien de plus. Et après ? La réponse pourrait venir de l'Allemagne, où le budget global existe déjà : une fois le contingent épuisé, les médecins cessent de soigner. Bien des cabinets ferment des journées entières pour ne pas dépasser leur budget et seuls les assurés privés peuvent espérer être reçus rapidement – bref, une médecine à deux vitesses.

Compromettre en ce moment la sécurité des soins dont nous jouissons serait désastreux. D'autant plus que le potentiel d'économies qu'offre le budget global est faible. Tout comme l'Allemagne, la Suisse romande et italienne en font l'expérience : Genève, Vaud et le Tessin ont déjà un budget global pour leur secteur hospitalier. Et c'est là, précisément, que les assurés paient les primes les plus élevées.

Suite de la page 1

ou vu par un spécialiste. Ce qui fait de cet article une attaque directe contre le libre choix du médecin.

Libre choix contre contrainte

Ce pojet aura du mal à s'imposer ; les politiciens de la santé sont unanimes à le dire. En 2012, le peuple avait rejeté à plus de trois quarts des voix un projet de managed care du même genre, mais laissant tout de même au patient bien plus de liberté. Les médecins y étant eux aussi opposés, un référendum aurait sans doute de bonnes chances d'aboutir. Le conseiller fédéral Alain Berset a beau dire que 70 pour cent des Suisses font déjà usage des modèles de médecin de famille ou de télémédecine proposés par leur caisse-maladie. Certes, mais s'ils le font, c'est de leur propre gré et en bénéficiant en contrepartie d'une réduction de prime.

Connaissant leurs patients et leur anamnèse, les médecins de famille jouent dans le système de santé un rôle-clé. Mais il existe aussi des patients parfaitement au fait de leur problème de santé – par exemple des éruptions cutanées récurrentes – et qui sont suivis depuis longtemps par le même spécialiste. Dans ce cas, passer par un premier point de contact représenterait pour tout le monde une dépense parfaitement inutile.

Une mesure qui aggrave la pénurie de médecins de famille

La mise en œuvre de cette idée soulèverait bien des questions. Par exemple celle des capacités. La Suisse souffre d'ores et déjà d'une pénurie de médecins de famille. Il est vrai que la télémédecine et les réseaux HMO pourraient faire office de premier point de contact, sauf qu'il en résulterait pour les intervenants fournissant cette prestation un surplus de tâches administratives les obligeant à recevoir moins de patients qu'actuellement, ce qui ne ferait qu'aggraver la pénurie de médecins de famille que connaît déjà le pays.

Des incitations sournoises

Se combinant avec la fixité des objectifs de coûts, que contient également le deuxième train de mesures visant à freiner la hausse des coûts, le caractère obligatoire du modèle du médecin de famille encouragerait aussi de nouvelles formes de mauvaises incitations. Les prestataires toucheraient en effet un montant forfaitaire annuel pour chaque assuré dont ils seraient le premier point de contact. Il serait donc particulièrement rémunérateur pour eux de donner la priorité aux patients jeunes et bien portants, pour lesquels les premiers entretiens conseils et les traitements coûteux, qui risqueraient de dépasser l'objectif de coûts, seraient moins fréquents. Ceci au détriment des personnes âgées ou souffrant de maladies chroniques, qui ont souvent besoin d'un médecin de famille et qui, du coup, auraient du mal à en trouver.

Le changement de système entraînerait également des incitations nocives au niveau des caisses-maladie, qui, du coup, n'agréeraient plus que des médecins de famille spécialement bon marché et obligeraient les assurés à se séparer de leur médecin de famille habituel.

Pas de changement de médecin sans autorisation de l'État

Quelles seraient par ailleurs les conditions qui autoriseraient le patient à changer de médecin ? Selon le projet de loi, cela serait de la compétence de la Confédération. Ainsi s'exercerait sur le patient une tutelle étatique qui nuirait au rapport de confiance entre médecin et patient, si important lors du premier contact entre l'un et l'autre.

Écouter ce que disent les médecins

La Fédération des médecins FMH est vent debout contre le projet du Conseil fédéral. Le modèle du médecin de famille actuel repose sur le libre choix, dit-elle. « Même si la population tout entière était assurée de son plein gré sous le modèle du médecin de famille, une contrainte étatique serait à rejeter, car en même temps que le libre choix et la concurrence entre les modèles disparaîtrait aussi la qualité », écrit le président de la FMH Jürg Schlup dans le Bulletin des médecins suisses.

Pariant sur le rapport efficacité-coût, le Conseil fédéral espère éviter par son projet des traitements inutiles. Or il existe des économies qui ne se feraient pas sur le dos du patient. Les médecins sont d'accord pour faire des économies, notamment grâce à des initiatives telles que Smarter Medicine, qui traitent des soins inappropriés et excessifs, mais du point de vue du médecin : des sociétés médicales publient des listes des cinq mesures médicales la plupart du temps superflues. Leurs recommendations sont scientifiquement vérifiées et accessibles aux patients, permettant ainsi au médecin et au patient de convenir ensemble des traitements les plus appropriés – sans que l'État s'en mêle.

Commentaire de l'invitée

Les expériences vécues par les patients : une mine d'or pour parvenir à un système de santé d'excellent niveau.

L'orientation patients est une dimension centrale de la qualité des soins – sur ce point existe aujourd'hui un large consensus. Beaucoup d'institutions de santé ne se font pas faute de bien le faire remarquer. « Chez nous, le patient est au centre » – beaucoup d'institutions de la santé brandissent des slogans de ce genre, mais sans jamais les mettre à exécution.

Comment peut-on dépasser les déclarations d'intention certes sincères, collectionner au quotidien les expériences vécues par les patientes et les patients et en faire bon usage de façon à ce que notre système de santé puisse récolter les retours dont tout système apprenant a besoin ? Mesurer le degré de satisfaction des patients est certes louable, mais insuffisant, les paramètres étant souvent trop peu nombreux.

Avec la Database of Individual Patient Experiences (DIPEx) est en train de se constituer en Suisse une mine d'or de récits de patients. Se rapportant à diverses maladies, ces récits sont recueillis selon des normes scientifiques, analysés et, moyennant autorisation des auteurs, publiés sur le site www.dipex.ch. sous forme d'extraits comme vidéos, messages audio ou textes.

« Enfin quelqu'un que ça intéresse », disent souvent les personnes interviewées. Si cette approche participative est pour les patients une occasion d'être entendus par un public, elle donne aussi la possibilité de mailler leurs récits avec des données quantitatives et des analyses basées IA. DIPEx.ch est par ailleurs une mine de matériaux pour le développement d'ouvrages didactiques ou d'aide à la décision clinique. Le concept fait son chemin : une association de soutien est en train de voir le jour et l'inauguration de DIPEx aura lieu en printemps 2021 au Collegium Helveticum de Zurich.

Nikola Biller-Andorno
Prof. Dr. med. Dr. phil

Directrice de l'Institut d'éthique biomédicale et d'histoire de la médecine de l'Université de Zurich
biller-andorno@ibme.uzh.ch

Représentation des intérêts des médecins et des patients

« Un système de santé fonctionnant bien ne va pas de soi. »

Comment le corps médical doit-il s'y prendre pour saisir le Parlement de ses desiderata ? Comment doit-il combattre le budget global ? Bruno Henggi, responsable Public Affairs de la FMH, parle de son travail au Parlement issu des dernières élections.

Bruno Henggi est formel : Contrairement au budget global, EFAS serait une solution permettant de faire des économies sans que les patientes et les patients soient prétérités. Photo : Markus Gubler

***P+P:* Le Conseil fédéral veut soumettre les soins médicaux à un objectif qui est en fait un budget global. Le PDC aussi a lancé une initiative dans ce sens. Or on sait ce que ce genre de projet a eu pour conséquences dans d'autres pays. Alors que la hausse des coûts n'en est guère freinée, le rapport médecin-patient en souffre et s'installent une médecine à deux vitesses, des rationnements de soins et de longs temps d'attente. Que fait à ce sujet le secteur Public Affairs de la FMH ?**

Bruno Henggi: Nous ne sommes pas restés inactifs. Le Conseil fédéral a publié en octobre 2017 le rapport d'experts concernant son programme visant à freiner la hausse des coûts. La FMH ainsi que d'autres acteurs ont pris position dès le lendemain. S'exerçant au détriment du patient, le budget global n'est pas adapté au système de santé, ont-ils dit. C'était là une première réaction, une réaction visible. Nous avons engagé ensuite le dialogue avec le Parlement, ceci dans le but de discuter avec les anciens et les nouveaux élus des effets qu'un budget global aurait sur la qualité des soins. Et nous avons notamment discuté avec des connaisseurs du système de santé allemand des expériences qu'ils ont faites avec les budgets et les objectifs. En Allemagne est imposé un contingent de prestations trimestriel. Une fois ce contingent épuisé, les médecins sont tenus de remettre leurs patients au trimestre suivant ou de les adresser à des collègues ayant encore de la marge.

Quelle solution proposeriez-vous au fait que beaucoup de ménages ont énormément de peine à payer les primes de leur caisse-maladie ?

Il existe un contre-projet au budget global dont le Parlement a déjà été saisi, à savoir le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS). Contrairement au budget gobal, qui vise à plafonner les coûts, EFAS a pour objet le financement. Selon PWC, le fait de transférer les prestations stationnaires dans le secteur ambulatoire permettrait à lui seul d'économiser chaque année un milliard de francs, et ce sans entraîner pour les patients aucun des préjudices propres au budget global.

Les opposants au financement uniforme disent qu'il ne fait que redistribuer les coûts ?

Les cantons mis à part, on ne trouverait pratiquement plus aucun acteur du système de santé qui soit défavorable à EFAS. On estime, au contraire, qu'il fait sens et possède un réel potentiel d'économies. Et l'on est unanime à dire que le financement séparé des prestations stationnaires et ambulatoires génère des incitations nocives qu'il faut éliminer.

Quel impact le Covid-19 a-t-il sur la réforme du système de santé conduite par les milieux politiques ?

La pandémie a montré toute l'importance que pouvait avoir un système de santé efficace. La population a applaudi le personnel de santé. La sécurité d'approvisionnement est devenue un mot clé du vocabulaire de la politique de santé. Selon une enquête de l'Institut de recheerche gfs.bern, neuf habitants sur dix estiment qu'il serait nécessaire d'améliorer notre autosuffisance en matière de produits médicaux. La pandémie du coronavirus a donné à la population la première occasion de comparer directement son système de santé à celui d'autres pays. Ce système a vraiment été à la hauteur : il n'y a pas eu de tri, personne n'a été refusé, les soins intensifs étaient sous tension mais pas débordés. La pandémie a montré que le système de santé suisse fonctionnait bien et que cela n'allait pas de soi.

Qu'avons-nous appris quant au coût du système de santé ?

Que les surcapacités, qui font débat, prennent tout leur sens dans ce genre de situation. Sachant cela, il serait peut-être indiqué d'envisager sous un autre jour les « 20 pour cent d'air dans le système » dont il est parfois question. Quant à savoir si cet état d'esprit aurait un effet sur la population, il est trop tôt pour le dire.

En décrétant « l'état d'exception » la Confédération a pris la main sur la gestion de la pandémie. Mais les cantons n'ont pas tardé à exiger à haute voix le rétablissement de leur autonomie. Est-il vrai que la Confédération se voit transférer depuis quelques années un nombre croissant de tâches concernant le système de santé ?

Le mandat de fourniture de soins relève toujours des cantons et c'est très bien ainsi. Il existe toutefois, en ce qui concerne le rôle de la Confédération, une tendance favorable à son renforcement, que désapprouve la FMH et qui n'est pas dans l'esprit d'une politique de la santé attentive aux besoins.

Une version plus complète de cette interview est parue dans doc.be 5/20, une publication de la Société des médecins du canton de Berne (BEKAG).

Nouvel article sur la qualité

La qualité devient une tâche de l'État

L'article sur la qualité entrera en vigueur en janvier 2021. Ce sera alors d'une Commission fédérale que dépendra le développement que la qualité connaîtra dans le système de santé. L'étendue de ses pouvoirs suscite la critique.

Développement de la qualité – même dirigé par l'État, le développement de la qualité doit toujours profiter au patient. Photo : Keystone

Depuis des années, hôpitaux, médecins et assureurs portaient eux-mêmes, en grande partie, la responsabilité de développer la qualité du système de santé. Ils ont élaboré à cet effet des programmes et même mis sur pied des organisations telles que l'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASGM). À partir de l'année prochaine, il appartiendra à la Confédération de décider. Ainsi le veut, entrant en vigueur début 2021, l'article sur la qualité de la LAMal.

Les réserves des cantons

Le nouvel article de loi encourage une approche systématique, un sens accru de l'obligation et davantage de coordination, déclare avec conviction le vice-directeur de l'OFSP Thomas Christen : « Prestataires et assureurs seront tenus de conclure des contrats de qualité. » Les acteurs seront accompagnés et conseillés par la Commission fédérale pour la qualité, un organisme restant à créer.

Investie d'amples pouvoirs de décision, cette commission conseillera les acteurs, coordonnera les activités, rapportera au Conseil fédéral, attribuera des mandats d'études et financera des projets nationaux et régionaux de développement de la qualité. Une telle étendue de pouvoirs suscite la critique. D'où les réserves de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), qui craint que les organisations d'ores et déjà investies dans l'assurance-qualité ne voient soudain menacés dans leur existence des acteurs éprouvés, possédant des années d'expérience.

Un système fragmenté

Pour justifiées qu'elles soient, ces craintes ne doivent pas faire oublier les difficultés du système actuel. Même des responsables qualité de grands hôpitaux universitaires avouent des lacunes. On attend encore et toujours des normes détaillées s'appliquant à l'ensemble du pays. Outre l'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASGM) existent beaucoup de registres et de programmes. La Suisse a un développement de la qualité trop fragmenté, et il serait temps d'harmoniser les programmes existants, dit-on.

Écouter davantage ce que disent les patients

Le développement de la qualité est tout à la fois un défi d'organisation et de contenu. Peter Berchtold, vice-président de la Fondation Organisation suisse des patients OSP, pointe un dilemme de fond : « Les patients peuvent dire ce qu'ils ont vécu, mais pas chiffrer la qualité médicale. » Or, beaucoup de programmes de qualité insistent fortement sur le résultat des traitements, et rares sont les études traitant de ce qu'ont éprouvé les patients.

Pour Peter Berchtold, il est clair que les indicateurs de qualité devraient également refléter les compétences psychologiques et sociales des prestataires. Pour les maladies chroniques, inclassables, l'expertise médicale compte moins que l'empathie des médecins et des soignants. Il serait souhaitable, dit-il, que les développeurs de qualité du système de santé tiennent davantage compte des expériences vécues par les patients.

Il faudra que la commission implique les acteurs existants

Le Parlement a renforcé au plan politique le développement de la qualité du système de santé. La Confédération consacre des millions de francs aux programmes qualité et tisse entre assureurs et prestataires des rapports d'obligation. La Commission fédérale sera un acteur nouveau, un acteur fort, qui entrera en concurrence avec les organisations existantes. Sa composition et son aptitude à associer à ses programmes les acteurs déjà en place seront déterminantes. L'Office fédéral compétent en est conscient. « La qualité ne peut pas être décrétée par l'OFSP. Elle doit se développer du bas vers le haut et résulter d'un processus participatif », dit Thomas Christen, vice-président de l'OFSP.

S'il est important de faire travailler ensemble tous les acteurs, il l'est encore davantage de ne pas perdre de vue le véritable but : même dirigé par l'État, le développement de la qualité doit toujours profiter au patient.

La Fondation pour le développement de la qualité en médecine ambulatoire

Le module de base qualité (QBM) met en lumière la qualité médicale d'un cabinet. Les médecins et leurs équipes collectent périodiquement des données qualité fournies par une plateforme Internet. Une fois par année sont en outre générées des données réunies sur la base de questionnaires remplis par des patients. Chaque phase de collecte est suivie d'ateliers d'évaluation. QBM est un produit de VEDAG qui a été développé par des médecins et évalué par des experts de la santé et des délégués des assurances.